

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
Департамент здравоохранения Ивановской области
Общероссийская общественная организация
«Российское научное медицинское общество терапевтов», Ивановское региональное отделение
Всероссийское общество неврологов, Ивановское региональное отделение
Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитологии
«Союз реабилитологов России», Ивановское региональное отделение
Ассоциация стоматологов Ивановской области
Общественная организация «Союз педиатров России», Ивановское региональное отделение

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАМИ

*Материалы
IV Межрегиональной научно-практической конференции
Центрального федерального округа
с международным участием
для специалистов, оказывающих помощь
по медицинской реабилитации*

Иваново, 28–29 ноября 2016 г.

Иваново 2016

Ответственный редактор:
доктор медицинских наук, доцент И. К. Томилова

Сборник включает работы ученых из разных городов России, представленные 28–29 ноября 2016 г. на IV Межрегиональной научно-практической конференции Центрального федерального округа с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами». Рассмотрены вопросы профилактики, ранней диагностики и лечения пациентов с заболеваниями различного профиля неинфекционного генеза, а также вопросы организации медицинской реабилитации на стационарном, амбулаторном и санаторно-курортном этапах.

Адресован врачам неврологам, кардиологам, стоматологам, специалистам в области реабилитации, организаторам здравоохранения.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Подписано в печать 16.11.2016. Формат 60×84 1/16.

Печ. л. 12,5. Тираж _____ экз. Заказ _____.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8
Тел: (4932) 32-95-74
E-mail: rioivgma@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

<i>Демидов В.И., Дядченко В.Н., Демидов И.В.</i> Монооссальная форма фиброзной дисплазии у детей и подростков г. Иванова: клинико-морфологический анализ	12
<i>Диндяев С.В., Касаткин Д.В., Ромашин Ф.А.</i> Роль гистамина в регуляции матки в послеродовом периоде	13
<i>Каминская Н.В., Рябчикова Т.В.</i> Роль акушерок смотровых кабинетов в раннем выявлении визуальных форм рака у женщин	15
<i>Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н., Кузнецова Е.Ф.</i> Возможности повышения качества сестринской помощи больным с хронической болезнью почек, получающим заместительную почечную терапию	16
<i>Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н.</i> Пути повышения качества сестринской помощи недоношенным новорождённым	19
<i>Кудряшова М.В., Мишина И.Е., Халикова Н.А., Корнилов Л.Я., Веселов- ская В.Д., Шанталова А.А.</i> Типы отношения к болезни пациентов с острым коронарным синдромом по данным личностного опросника Бехтеревского института	20
<i>Кузнецова Е.Ю., Болдина А.М., Кирпичев И.В.</i> Качество жизни больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов нижних конечностей	22
<i>Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А., Каминская Н.В.</i> Роль медицинской сестры как участника реабилитационного процесса	24
<i>Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А.</i> Сестринская помощь пациентам с двигательными нарушениями	26
<i>Рунова О.С., Салова М.Н., Жданова Л.А.</i> Организация работы отделения медицинской реабилитации для детей с последствиями перинатальной патологии центральной нервной системы в детской поликлинике	28
<i>Рябчикова Т.В., Углева С.М.</i> Организация работы мультидисциплинарной бригады в реабилитации больных, перенёсших острый коронарный синдром	30

Рябчикова Т.В., Фролова О.М. Применение методов самоконтроля и самопомощи в реабилитации пациентов с хроническим болевым синдромом	32
Стародумов В.Л., Яблокова И.С. Коррекция питания детей для снижения риска неблагоприятного воздействия свинца	34
Торшилова И.Ю. Результаты исследования биоаминопозитивных структур щитовидной железы в процессе беременности	36
Фролова О.М., Рябчикова Т.В. Эффективность работы с хроническим болевым синдромом в реабилитации пациентов с онкологической патологией	38
Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Слатина М.Ю., Клыкова Е.Н. Школа диспластолога – одно из направлений работы Ивановского центра здоровья для детей	39
Раздел II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Абрашкина Е.Д., Карманова И.В., Бурсинов А.В. Возможности и проблемы реабилитации пациентов старческого возраста с фибрилляцией предсердий	42
Алексеева Н.В., Основина И.П., Шкрадюк Т.И., Стародумова А.Л., Владимирцева Е.Л. Возможности комплексной физиофармакотерапии артроза с использованием хондропротектора глюкозамина	44
Аришин В.В., Сушина Н.В. Роль реабилитации двигательного стереотипа при коррекции патологии опорно-двигательной системы	46
Баклушина Е.А., Ястребцева И.П., Блеклов С.В. Результаты комбинированного применения малонагрузочной механотерапии и функциональной электромиостимуляции в реабилитации пациентов с инсультом	48
Белова Г.В., Азоркин И.А., Будникова Н.В., Романенко И.А., Власова И.Б. Особенности фармакотерапии у пациентов, перенесших повторный инфаркт миокарда, при реабилитации в условиях территориальной поликлиники	50
Блинова К.А., Лапочкина Н.П. Реабилитация пациенток с постмастэктомическим синдромом	52
Быков А.А., Тычкова Н.В., Быкова Н.А. Применение рефлекторных методик реабилитации в вертеброневрологии	54

Быков А.А., Тычкова Н.В., Новосельский А.Н., Пузырев О.И. Роль миофасциальных триггерных пунктов в нарушениях двигательного стереотипа больного и патопластике клинических синдромов различных заболеваний	56
Губина И.Л., Корноухова И.Б., Савельева И.Е. Глазодвигательная гимнастика по Фельденкрайзу при синдроме игнорирования у больных с инсультом	58
Довгалиук Ю.В., Мишина И.Е., Архипова С.Л., Суханова Д.С., Белова В.В. Динамика сократительной функции сердца в процессе трехмесячного амбулаторного этапа кардиореабилитации больных, перенесших острый коронарный синдром	59
Довгалиук Ю.В., Мишина И.Е., Архипова С.Л., Суханова Д.С., Баклушин А.Е., Белова В.В., Панюева Н.Н. Контроль эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов с нарушениями функции сердечно-сосудистой системы	61
Егорова М.В., Рутковская А.В., Червинская А.Д. Ранняя комплексная реабилитация детей с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и нёба	63
Жук Е.А., Мясоедова С.Е., Торкашова Е.В. Оценка психологического состояния больных бронхиальной астмой и ее роль в планировании реабилитационных мероприятий	66
Кизеев М.В., Бодунов А.В., Нежкина Н.Н., Антипина С.Б. Эффективность озонотерапии в реабилитации пациентов со стенозом поясничного отдела позвоночного канала	67
Кирпикова М.Н., Шмелькова Н.В., Стаковецкий М.К., Копилов Е.И., Лебедева О.В. Особенности реабилитации больных сенильным остеопорозом в условиях лечебно-диагностического центра остеопороза	69
Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Побединская Н.С., Глазова Т.Г. Эффективность муколитиков в реабилитации детей с атопической бронхиальной астмой	71
Мальков А.В., Кизеев М.В., Антипина С.Б. Формирование мотивации на закрепление эффекта реабилитационных мероприятий у детей в условиях медицинского центра	73
Мишина И.Е., Довгалиук Ю.В., Архипова С.Л., Суханова Д.С., Баклушин А.Е., Белова В.В., Панюева Н.Н. Оценка вероятности достижения реабилитационных целей у лиц с ишемической болезнью сердца	75
Муромкина А.В., Назарова О.А. Реабилитация больных постоянной формой фибрилляции предсердий в амбулаторных условиях	77

<i>Нерсиян Т.В., Основина И.П., Алексеева Н.В., Батуева Ю.В., Марьянова О.В., Коровкина Т.В.</i>	
Коррекция психоэмоциональных расстройств у пациентов в остром периоде ишемического инсульта с использованием транскраниальной микротоковой терапии	79
<i>Николаенкова А.Ю., Герасимов А.М., Вертелецкая Т.В.</i>	
Эффективность физиотерапии в реабилитации женщин с хроническим эндометритом	81
<i>Новиков А.Е., Фролова О.Ю., Корноухова И.Б.</i>	
Коррекция эмоциональных расстройств в острой фазе инсульта и реабилитационный потенциал пациента	83
<i>Овчинникова И.В., Пчелинцева Е.В.</i>	
Новые технологии психотерапии в реабилитации больных неврологического профиля	85
<i>Павлова О.Л., Баклушин А.Е., Побединская Н.С., Карпук Н.Л., Ратманова Г.А.</i>	
Специфическая аллергенная вакцинация – перспективный метод иммунореабилитации пациентов с аллергической патологией	87
<i>Подлиток О.А., Гринькова Л.В., Гундерчук О.Н., Литвинова Н.Ю., Шакурова Д.Н.</i>	
Реабилитация при эндопротезировании коленного сустава в специализированном отделении стационара	90
<i>Поляков В.А., Яшков А.В., Шельхманова М.В., Егорова Е.В., Сушина Н.В., Растопина Е.И., Костеева Е.Е.</i>	
Реабилитация больных остеохондрозом с компрессионным синдромом	91
<i>Ратманова Г.А., Фадеева О.Ю., Фокин В.Н., Коллеров Э.Ю., Заводин М.В., Частухина Т.В., Субботина В.Г., Павлова О.Л.</i>	
Реабилитация детей с онкологическими заболеваниями	93
<i>Столярова Т.В., Голдобина Л.П., Коваленко О.В.</i>	
Рефлексотерапия в реабилитации пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки	95
<i>Столярова Т.В., Голдобина Л.П.</i>	
Эффективность применения магнитофореза в реабилитации больных с остеоартрозом коленных суставов	96
<i>Сушина Н.В., Шельхманова М.В., Растопина Е.И., Костеева Е.Е.</i>	
Реабилитация больных остеохондрозом позвоночника с использованием аппаратно-программных комплексов	97
<i>Сушина Н.В., Шельхманова М.В.</i>	
Современные подходы в реабилитации больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника	99

- Тычкова Н.В., Новосельский А.Н., Быков А.А., Воробьев А.В., Рупасова Т.И.**
Рефлексотерапия как компонент современной комплексной медицинской и спортивной реабилитации 101
- Ушакова С.Е., Кириченко Н.В., Моисеенков Д.И., Свирина С.А., Будникова Н.В., Чернова Н.С.**
Роль комплексной гериатрической оценки для формирования плана реабилитационных мероприятий 103
- Фролова О.Ю., Нерсиян Т.Н.**
Применение агомелатина при депрессивных расстройствах в постинсультном периоде 105
- Шниткова Е.В., Мошкова А.В., Выдрицкая Н.И., Краснова О.Б.**
Реабилитация детей грудного возраста с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы 107
- Ястребцева И.П., Белова В.В., Пануева Н.Н., Балущин А.Е., Исаева О.В., Баклушина Е.А.**
Механизированная кинезотерапия при разной степени выраженности двигательных нарушений, сочетающихся с расстройствами речи, при инсульте 110
- Ястребцева И.П., Николаева С.В., Баклушина Е.А.**
Функциональное восстановление верхней конечности у пациентов с инсультом 112
- Яшков А.В., Поляков В.А., Шельхманова М.В., Яковлева С.А., Дементьева В.Г., Матюхина К.В.**
Применение карбокситерапии и озонотерапии у больных сахарным диабетом в условиях санатория 113
- Яшков А.В., Боринский С.Ю., Кулагин Е.С.**
Реабилитация пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава с сопутствующими дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника 115

Раздел III. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ

- Адмакин О.И., Солон И.А., Поль М.Л.**
Дистальное положение нижней челюсти как фактор риска развития синдрома повышенной резистентности верхних дыхательных путей 118
- Аминодова И.П., Лапочкина Н.П.**
Реабилитация пациенток с доброкачественными заболеваниями молочной железы на фоне дисплазии шейки матки 119

- Андреева Д.В., Тентелева И.В., Цветкова М.В., Валиуллина Е.Ш.**
Профилактика возможных сосудистых осложнений при артериальной гипертонии на госпитальном этапе 121
- Батрак Г.А., Бродовская А.Н.**
Оценка важнейших факторов риска и уровня микроальбуминурии как методы ранней профилактики хронической болезни почек у больных сахарным диабетом 2 типа 122
- Батрак Г.А., Бродовская А.Н.**
Распространенность факторов риска хронической болезни почек в популяции г. Иванова и Ивановской области по результатам анкетирования 124
- Богачева Т.Е., Калачева А.Г., Гришина Т.Р., Громова О.А.**
Возможность применения витаминно-минерального комплекса с органическими солями лития при эмоционально-поведенческих нарушениях у молодых людей с дизэлементозами и гиповитаминозами 125
- Дьяконова Е.Н., Шниткова Е.В.**
Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы – фактор риска соматоневрологической патологии у детей 127
- Жулев Е.Н., Тиунова Н.В.**
Изучение состояния микроциркуляции в тканях языка с помощью инфракрасной термометрии 129
- Завьялова А.В., Фадеева О.Ю., Тонеев П.Ю.**
Лечение синдрома срыгивания и рвоты у детей раннего возраста в целях профилактики развития патологии верхних отделов пищеварительного тракта воспалительной природы 131
- Ковалевская Е.О., Егорова М.В., Михайлова И.Ю.**
Внедрение программ комплексной профилактики стоматологических заболеваний как основной путь снижения стоматологической заболеваемости в Московской области 133
- Корнилов Л.Я., Гудухин А.А., Калинина Н.Ю., Алеутская О.Н., Андреев А.Г., Васильев В.В.**
Результаты применения шкалы GRACE для прогностической оценки течения острого периода инфаркта миокарда 135
- Курчанинова М.Г., Касаткина А.В.**
Распространённость признаков сужения дыхательных путей по телерентгенографии головы в боковой проекции у детей с аномалиями окклюзии 136
- Логин И.В., Данилова Н.Б.**
Профилактика риска заражения туберкулезом молодых специалистов в начале самостоятельной врачебной деятельности 138
- Мандров С.И., Жданова Л.А., Виноградова И.С., Мадаминова О.Ж.**
Вычислительная диагностика клинических проявлений при различных формах билиарного сладжа у детей 140

- Мясоедова С.Е., Рубцова О.А., Корягина Н.В., Карманова В.Б., Васильева Н.В.**
Композиционный состав тела у женщин с ревматоидным артритом: значение в диагностике саркопении и ее фенотипов 142
- Нежкина Н.Н., Чистякова Ю.В., Голубева А.М., Кулигин О.В.**
Комплексная программа оздоровления подростков с факторами риска развития артериальной гипертензии 144
- Панфилова А.В., Вотякова О.И., Козлова Е.И., Плетнева А.В.**
Вопросы ранней диагностики и профилактики панкреатитов у детей 146
- Романенко И.А., Полятыкина Т.С., Гринштейн В.Б., Белова Г.В.**
Скрининг ранних нарушений углеводного обмена при проведении диспансеризации взрослого населения 148
- Сучкова Г.Д., Тумаркин М.Б.**
Актуальные вопросы ранней диагностики герпетического дерматита Дюринга 149
- Уланова Т.Ю., Побединская Н.С., Польщикова О.В.**
Пеленочный дерматит. Кто виноват и что делать? 151
- Уткина Е.И., Шибачева Н.Н.**
Факторы риска развития внебольничных пневмоний и их влияние на лечебную и профилактическую тактику 153
- Фадеева О.Ю., Ратманова Г.А., Фокин В.Н., Коллеров Э.Ю., Заводин М.В., Частухина Т.В.**
Результаты профилактической терапии гемофилии у детей Ивановской области 155
- Филиппова К.В.**
Дифференциально-диагностические критерии моторно-эвакуаторных изменений у пациентов с острым аппендицитом и болевым абдоминальным синдромом, обусловленным другой причиной 156
- Холодков И.В., Линьков В.В., Андреев А.Г.**
Возможности компьютеризированной оценки нарушений двигательной сферы пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы 157

Раздел IV. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Акайзин Э.С., Покровский Е.Ж., Станкевич А.М., Акайзина А.Э.**
Летучие жирные кислоты – биомаркеры течения распространенного перитонита 160
- Арсеничева О.В., Щапова Н.Н., Омеляненко М.Г.**
Результаты интервенционных вмешательств у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с метаболическим синдромом 162

Балашова И.Н. Нейрогенная дисфагия в остром периоде мозгового инсульта	163
Виноградова И.С., Мандров С.И., Жданова Л.А., Мадаминаева О.Ж. Качество жизни и психоэмоциональное состояние подростков с желчнокаменной болезнью	167
Галимов О.В., Ханов В.О., Ибрагимов Т.Р., Окроян В.П., Мамадалиев Д.З. Ведение больных с «диабетической стопой» в хирургическом стационаре	168
Галимов О.В., Галимова Е.С., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р., Сагитдинов Р.Р. Влияние гуморальных и метаболических нарушений при ожирении в хирургии органов малого таза	171
Герасимов А.М., Васин И.А. Течение беременности и родов у женщин с эндометриозом	173
Гринштейн В.Б., Романенко И.А., Валатина О.В., Романенко А.В., Чижова А.С. Клинические особенности больных сахарным диабетом 2 типа, перенесших инфаркт миокарда	175
Громова М.А., Мясоедова С.Е. Оценка эффективности немедикаментозной терапевтической коррекции хронического болевого синдрома и психоэмоционального состояния у больных ревматоидным артритом в комплексном лечении заболевания	176
Егорова П.Л. Эмоционально-волевые нарушения у детей в условиях депривации	178
Калистратова Е.П., Орлова С.Н., Колосова М.А., Калистратов Н.В. Эффективность комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий в коррекции дисбиотических нарушений у часто болеющих детей с рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами	180
Каменев В.Ф., Червякова Ю.Б., Громова М.А., Копелев А.А., Мышляева Т.О. Особенности влияния иммуномодулирующей терапии на показатели функциональной активности альвеолярных макрофагов и полинуклеаров у больных внебольничной пневмонией	182
Карманова И.В., Абрашкина Е.Д. Факторы риска хронической болезни почек и скорость клубочковой фильтрации у пожилых	184
Колобова Д.Д. Современные косметологические методы лечения и реабилитации пациентов со средней и тяжелой стадией акне	186
Корнеевец М.А., Лапочкина Н.П., Анисимов В.М., Козлов В.А., Колчанов В.М., Гусев А.В., Любушкин Н.С., Никифорова А.Б. Восстановление дефекта тканей при хирургическом удалении злокачественных новообразований орофарингеальной зоны	188

Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Побединская Н.С., Решетова Т.Г., Глазова Т.Г.	
Хронобиологический мониторинг респираторной и метаболической функции легких при рецидивирующем бронхите у детей	190
Побединская Н.С., Рывкин А.И., Глазова Т.Г., Павлова О.Л., Селезнева Е.В.	
Диагностика и терапия затяжного кашля у детей	191
Покровский Е.Ж., Оралов А.М., Пануев А.В.	
Способы санации желчных затеков после холецистэктомии	193
Поляков В.А., Шелыхманова М.В.	
Подготовка больных с воронкообразной деформацией грудной клетки к оперативному вмешательству с использованием гипоксически-гиперкапнических тренировок	196
Рупасова Т.И., Ткаченко Н.М., Уткина М.Н.	
Проблемы диагностики неинфекционной диареи и реабилитация больных с этим заболеванием	197
Семенова О.В., Бурсиков А.В., Варенцова Л.Г.	
Артериальное давление в легочной артерии и респираторная функция у пациентов с циррозом печени	198
Сизова Л.В., Миронова Н.В.	
Выбор базисных противовоспалительных препаратов «первой линии» для терапии пациентов с ревматоидным артритом в амбулаторной практике ревматолога	200
Тумаркин М.Б., Сучкова Г.Д.	
Истинная пузырчатка и важность ранней её диагностики	202
Уткина М.Н.	
Реакция показателей периферической крови у больных пневмонией	204
Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Карпова Е.Б.	
Атопический дерматит на фоне дисплазии соединительной ткани	205
Шниткова Е.В., Воронова М.Ю., Терентьева Т.В., Можжаева А.Н., Новикова А.А.	
Состояние здоровья новорожденных, матери которых испытали во время беременности гипертензивные расстройства	207

Раздел I. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

МОНООССАЛЬНАЯ ФОРМА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ИВАНОВА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Демидов В.И.¹, Дядченко В.Н.², Демидов И.В.³

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

³ ОБУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн», г. Иваново

Фиброзная дисплазия (ФД) (фиброзная остеодисплазия, фиброзная дисплазия костей, болезнь Лихтенштейна – Брайцева) – заболевание, характеризующееся замещением нормальной кости фиброзной тканью с элементами диспластически изменённой кости, приводящей к их деформации. Установлено, что в основе заболевания лежит опухолеподобный процесс, связанный с неправильным развитием остеогенной мезенхимы. В структуре костной патологии ФД составляет около 6,7–7,0% всех опухолевых поражений. На долю монооссальной формы ФД приходится 85% случаев развития заболевания, причем эта форма чаще встречается у лиц мужского пола и проявляется в первые два десятилетия жизни (70% больных). Для ФД типичным является поражение длинных трубчатых костей, однако анализ литературных данных не выявил четкого преобладания очагов поражения в одной из костей. Сложности дифференциальной диагностики ФД (особенно с остеогенными саркомами), возникающие на клиническом этапе, создают необходимость четкой морфологической детализации исследуемого оперативно удаленного материала с выделением патогистологических вариантов болезни Лихтенштейна – Брайцева.

Целью исследования явился углубленный анализ монооссальной формы фиброзной дисплазии по материалам детского отделения травматологии и ортопедии и патологоанатомического отделения 1-й детской клинической больницы города Иванова.

Нами проанализирован 31 случай монооссальной формы ФД, по поводу которой была выполнена резекция пораженного участка кости в пределах здоровых тканей с заполнением дефекта аутотрансплантантом, за период 2002–2011 гг. Для унификации клинико-морфологических признаков ФД была разработана специальная карта исследования, включающая возраст, пол пациентов, локализацию патологического очага, детальную макро- и микроскопическую оценку оперативно удаленного материала.

Было прооперированно 17 женщин и 14 мужчин. Все пациенты распределены по 4 возрастным группам: 1-я группа от 0 до 5 лет, 2-я группа от 6 до 10 лет, 3-я группа от 11 до 15 лет, 4-я группа от 16 до 18 лет. Локализация ФД оказалась следующей: в бедренной кости очаг фиброзной дисплазии выявлен в 7 наблюдениях, в большеберцовой кости – 3, в малоберцовой – 10 случаев, в плечевой кости – 5; дважды очаги поражения локализовались в костях таза и стоп соответственно; в одном наблюдении имеет место поражение лучевой кости, в другом – основание фаланги 4 пальца правой кисти.

Основываясь на преобладании тканевых компонентов в структуре ФД, мы выделили 5 патогистологических вариантов: кистозный, миксоматозный, саркоматозный, хондроматозный, смешанный. В нашем материале преобладал кистозный вариант (18 наблюдений), в 5 случаях диагностирован миксоматозный вариант, трижды верифицирован саркоматозный вариант. Хондроматозная форма была выявлена в 2 наблюдениях и в 3 случаях очаги фиброзной дисплазии характеризовались смешанной формой.

Особое внимание привлекло одно наблюдение ФД у мальчика 9 лет, которому был поставлен клинический диагноз остеосаркомы седалищной кости. При патогистологическом исследовании оперативно удаленного материала в костной ткани обнаружена выраженная гиперплазия фиброзно-ретикулярной ткани с очаговой остеобластической реакцией, что позволило исключить злокачественный опухолевый рост и остановиться на диагнозе саркоматозного варианта фиброзной дисплазии.

Выводы. 1. Представленные результаты монооссальной формы фиброзной дисплазии позволяют выявить преобладание кистозной формы с наиболее частой локализацией в малоберцовой кости.

2. Распределение по полу в наших наблюдениях не выявило значимых различий между мальчиками и девочками в сравнении с данными литературы.

3. Преобладание детей в возрасте 6–10 лет, подвергшихся хирургическому лечению фиброзной дисплазии свидетельствует о ранней клинической диагностике этого заболевания.

РОЛЬ ГИСТАМИНА В РЕГУЛЯЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

**Диндяев С.В., Касаткин Д.В., Ромашин Ф.А.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Одним из клинических проявлений патологического течения послеродового периода является замедление процесса обратного развития матки (Наумкин Н. Н. и др., 2005, 2008). Доказано, что замедление сократительной активности матки в послеродовом периоде способствует развитию внутриматочной инфекции.

точной инфекции. Большинство исследователей основной патогенеза послеродового эндометрита считают нарушение сократительной деятельности матки (Наумкин Н. Н., 2002; Стрижаков Н. В. и др., 2005). Установлено, что наиболее распространённым проявлением послеродовой инфекции до настоящего времени остаётся эндометрит. Частота этого осложнения составляет 1,3–25,0% после самопроизвольных родов и достигает 5–90% после операции кесарева сечения. У каждой четвертой родильницы послеродовой эндометрит имеет тяжёлое течение и существует реальная угроза генерализации инфекции (Кулаков В. И., 2001; Усанов В. Д., 1995; French L., 2003). Основным этапом в механизмах развития послеродовых осложнений является нарушение гомеостаза в матке. Постоянство соотношения содержания биоаминов считается одним из обязательных условий поддержания гомеостаза биологических структур (Виноградов С. Ю., 2002; Диндяев С. В., 2012).

Цель исследования: провести анализ морфофункциональной организации гистаминового обеспечения матки крыс в послеродовой период.

Методы исследования: флуоресцентно-гистохимический метод Кросса – Эвана – Роста для выявления гистамина в нефиксированных криостатных срезах, мазках периферической крови; цитоспектрофлуориметрический метод (определение в условных единицах уровня гистамина с помощью фотометрической установки ФМЭЛ-1А); компьютерно-статистические.

Объектом исследования стали беспородные самки крыс (70 животных) на 1–7, 11, 16, 21 сутки после родов.

Полученные результаты свидетельствуют о схожей динамике изменений содержания гистамина во всех исследуемых объектах. Его уровень в эпителиоцитах эндометрия и в гладких миоцитах миометрия повышается в первые три дня и на седьмые сутки после родов. Такая же тенденция имеет место в содержании исследуемого биоамина в тучных клетках эндометрия и миометрия матки. Периферическая кровь и перитонеальная жидкость не являются исключением для данной динамики. Мы предполагаем, что повышение уровня гистамина обусловлено его физиологическим эффектом, который выражается в повышении сократительной активности миоцитов сосудов через Н1-гистаминовые рецепторы, в медиаторной роли в воспалении и участие в регуляции клеточного роста и активности макрофагов. Этот набор функций необходим для восстановления повреждённой ткани эндометрия и миометрия во время родов.

Выводы: Динамика содержания гистамина во всех исследуемых биоаминпозитивных структурах тела и шейки матки (эпителиоцитах, гладких миоцитах, тучных клетках), а также в периферической крови и перитонеальной жидкости носит волнообразный характер. В 1–3 сутки после родов выявляется максимальное содержание гистамина с последующей тенденцией к его снижению с достоверным возрастанием на 6–7-е сутки. Предполагается, что гистамин является одним из ключевых элементов в системе регуляции восстановительных процессов матки после родов.

РОЛЬ АКУШЕРОК СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ВИЗУАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА У ЖЕНЩИН

**Каминская Н.В., Рябчикова Т.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Проблема онкопатологии в структуре заболеваемости женского населения является одной из наиболее актуальных. При этом визуальные формы рака чаще всего диагностируются на первичных приемах и при проведении профилактических осмотров, в основном, в смотровых кабинетах лечебно-профилактических учреждений г. Иванова и области, а также в организациях акушерско-гинекологического профиля. Известно, что опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров, составляют у женщин почти 40%. Качество проводимой работы напрямую зависит от квалификации и профессионального уровня медицинских работников на местах, их постоянной нацеленности на данный вид патологии, уровня проведения простых сестринских диагностических манипуляций.

Целью данной работы было повышение уровня знаний и практических навыков по выявлению визуальных форм рака у женщин акушерками-слушателями циклов повышения квалификации по специальности «акушерское дело» на кафедре сестринского дела ИвГМА.

Для этого в практические занятия по данной специальности были внедрены презентации с визуальным сопровождением конкретных форм различных видов злокачественных опухолей женских половых органов, поскольку визуализация позволяет улучшить запоминание на 35%.

В дополнительные профессиональные программы повышения квалификации акушерок был включен курс по практическим навыкам, который проходил каждый слушатель. Индивидуально отработывались такие методы, как взятие мазков с использованием специальных инструментов (шпателя Эйра и цитологической щеточки типа Cytobrush). Это необходимо для повышения процента взятия качественных (адекватных) мазков с шейки матки и цервикального канала как одного из основных методов раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний. Особое внимание уделялось методике проведения пальпации молочной железы слушателями и методу обучения пациенток самообследованию. Для закрепления знаний на занятиях проводился тестовый контроль начальных, промежуточных и конечных знаний по данной тематике. Выявленные недостатки и затруднительные вопросы обсуждались, подробно разбирались на занятиях, повторялись при изучении других тем.

Данная работа проводилась в течение пяти лет. На нашей кафедре проходили повышение квалификации акушерки из всех лечебно-профилактических организаций города Иванова и области. За этот период

число слушателей, получивших сертификат по специальности «акушерское дело», составило 341. При анализе заболеваемости и ее структуры установлено, что онкологическая заболеваемость среди всего населения за последние пять лет выросла. Так, в 2011 году заболеваемость данной патологии составляла 425,3, а в 2015 году 495,6 случаев на 100 тыс. населения. При этом необходимо отметить, что основные виды визуальных форм рака среди женщин за эти пять лет также имели тенденцию к росту. Если в 2011 году было выявлено 153 случая рака шейки матки, что в структуре онкозаболеваемости занимало 6%, то в 2015 году данная патология в структуре заболеваемости составила 7,1%, рак молочной железы в 2011 году составлял 20,6%, в 2015 году – 21,0% соответственно.

При анализе работы смотровых кабинетов установлено, что процент охвата от подлежащих осмотру женщин и процент осмотренных, обратившихся в поликлинику, при сравнении за последние пять лет, практически не имеет достоверной разницы. Так по первому показателю в 2011 году – 31,7%, в 2014 – 29,4%; по второму показателю – 53,2 и 57,6% соответственно. Необходимо отметить, что значительно повысилось качество взятия мазков на онкоцитологию, о чем свидетельствует повышение процента адекватных мазков с шейки матки и из цервикального канала (18% в 2011 году и 80% в 2015 году). При этом имеется достаточно большой разброс этого показателя по районам области и по лечебным организациям города Иванова – от 65 до 95%.

Таким образом, результаты проведенной работы показали, что в целом профессиональные навыки акушеров города Иваново и Ивановской области, прошедших повышение квалификации на кафедре сестринского дела ФГБОУ ВО «ИвГМА» Минздрава России повысились. Об этом может свидетельствовать повысившийся показатель адекватности мазков с шейки матки и цервикального канала на онкоцитологию, что, безусловно, существенно влияет на своевременность выявления злокачественных опухолей и предраковых заболеваний.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ

Качанова Л.А.¹, Ласкарева Л.Н.¹, Кузнецова Е.Ф.²

¹ ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² Костромской филиал ЧУ «Медико-образовательная организация «Нефрологический экспертный совет»

Заболевания почек занимают особое место среди хронических нефункционных заболеваний, так как они широко распространены в популяции,

приводят к снижению качества жизни, обуславливают высокую смертность пациентов и требуют применения в терминальной стадии дорогостоящих методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) – диализа и пересадки почки. Разработанная в последние десятилетия концепция хронической болезни почек (ХБП), позволяет своевременно выявлять больных с нарушениями функции почек, проводить их адекватное лечение и профилактику осложнений. В настоящее время каждый десятый россиянин страдает ХБП. Самым распространенным методом заместительного лечения почечной недостаточности является аппаратный гемодиализ. Эффективность реабилитации пациентов, находящихся на гемодиализе, во многом зависит не только от выраженности сопутствующих осложнений, но и от качества медицинской помощи в диализных центрах. Качество оказываемых услуг при проведении гемодиализа зависит от профессионализма всей бригады специалистов, включающей врача, медсестер диализного зала, медсестру качества и инженера-техника.

Цель работы – дать экспертную оценку деятельности медицинских сестер диализных залов и разработать план мероприятий по повышению качества медицинской помощи пациентам с ХБП, получающим гемодиализ.

Исследование выполнено на базе Костромского филиала Частного учреждения «Нефрологический экспертный совет», в состав которого входят: 1) нефрологический центр в г. Костроме; 2) отделение нефрологии и диализа в г. Галиче; 3) отделение нефрологии и диализа в г. Шарье. В 2013–2014 гг. произошла реорганизация, в отделениях был проведен ремонт и замена оборудования. Был обновлен и расширен парк аппаратов «Искусственная почка», введены в эксплуатацию аппараты последнего поколения «Артис», отличающиеся от имевшихся ранее своими функциональными возможностями. В отделениях установлено новейшее оборудование и последние разработки в области аналитики и структурирования данных о динамике лечения пациента (программный комплекс «Maximus»), инновационная система «check-in» и «check-out», контролирующая состояние пациента до и после процедуры, каждое диализное место оснащено картридерами и баркодерами, необходимыми для считывания информации и занесения ее в «Maximus», современная система водоочистки – все это направлено на улучшение качества услуг, предоставляемых для пациентов. Оказание медицинской помощи в отделениях диализа осуществляется бригадами, состоящими из врача, медицинских сестер, инженера-техника, которые «закреплены» за конкретными сменами больных. Наблюдение за пациентами средним медперсоналом во время процедуры гемодиализа осуществляется непрерывно в течение всей процедуры. Работу медицинских сестер диализных залов контролирует медицинская сестра качества. Эта должность введена в штатное расписание после реорганизации с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи. Цель должности медицинской

сестры диализного зала – оказание сестринской помощи пациентам, проходящим лечение гемодиализом.

В зависимости от цели должности и функциональных обязанностей нами разработана «Карта экспертной оценки работы медицинской сестры диализного зала». Карта включает следующие критерии эффективности работы: 1) соблюдение алгоритма работы; 2) отсутствие у пациентов медицинских осложнений в результате сестринских манипуляций; 3) соблюдение порядка работы с информационной системой «Maximus»; 4) соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в отделении; 5) обучение пациентов и их родственников жизни с ХБП и правилам поведения на диализе; 6) соблюдение правил внутреннего трудового распорядка. Каждый критерий эффективности имеет от 2 до 7 критериев оценки и весовой индекс. Максимальная оценка по каждой карте составляет 1 балл. Использована шкала оценки: 1,0–0,91 – «отлично»; 0,9–0,81 – «хорошо»; 0,8–0,71 – «удовлетворительно»; 0,7 и ниже – «неудовлетворительно». Проведена экспертная оценка деятельности 19 медсестер диализных залов, работающих в организации. Работу каждой медицинской сестры оценивала группа экспертов, состоящая из 5 человек, включая руководителей организации, главную и старшую медицинскую сестру, медицинскую сестру качества. Общий средний балл составил – 0,83. Подавляющее большинство специалистов получили оценки «хорошо» и «отлично» (52,6 и 36,8% соответственно), неудовлетворительных оценок не было. Нами выявлена прямая зависимость полученных оценок от стажа работы и квалификационной категории каждого сотрудника, показано, что удовлетворительные оценки имеют сотрудники с малым опытом и стажем работы (менее 5 лет). Проведено ранжирование медицинских сестер диализных залов в зависимости от полученных экспертных оценок. Несмотря на высокие экспертные оценки, были выявлены единичные дефекты в работе, а именно: наличие осложнений с сосудистым доступом в результате нарушения правил и методик работы, несвоевременное распознавание неотложных состояний и осложнений, возникающих до, во время и после процедуры, нарушения порядка мониторинга процедуры в системе Maximus, правил ведения медицинской документации, недостатки в проведении санитарно-просветительной работы с пациентами. Наличие дефектов связано с малым опытом отдельных медсестер диализного зала.

Таким образом, нами предложена и внедрена методика экспертной оценки деятельности медицинских сестер диализных залов. Данную экспертизу рекомендуется проводить ежемесячно и использовать полученные результаты для морального и материального стимулирования, а также для разработки плана устранения выявленных дефектов в работе. В учреждении разработан план по периодическому обучению, проверке знаний и умений среднего медперсонала, разработан и внедрен алгоритм действий медицин-

ских сестер при проведении процедуры гемодиализа, в котором нашли отражение такие манипуляции, как правила пункции сосудистого доступа, гепаринизация, коррекция параметров во время процедуры, введение лекарственных средств, наблюдение за пациентом.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЁННЫМ

Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н.

ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Проблема нарушения состояния здоровья детей, развивающихся в условиях осложненной беременности, в последние годы приобрела особую актуальность в связи с ухудшением показателей здоровья женщин детородного возраста. Среди детей, родившихся недоношенными, отмечается высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Недоношенный ребенок нуждается в специальном уходе в связи с незрелостью и функциональными особенностями. Внедрение современных медицинских технологий (парентеральное питание, применение препаратов сурфактанта, фототерапия) и новейших технических средств (инкубаторы, поддерживающие необходимую температуру и влажность, аппараты для проведения ИВЛ, современные системы для проведения инфузионной терапии) позволяют сохранить жизнь многим детям. Судьба такого ребенка в первые дни его жизни зависит от профессионализма медицинских работников родовспомогательных учреждений. Кроме того, родители ребенка нуждаются в необходимых знаниях по уходу за недоношенным ребенком, а также в заряде оптимизма и уверенности в будущем. Здесь медицинская сестра играет ключевую роль.

Цель работы – исследовать качество сестринской помощи пациентам отделения выхаживания недоношенных детей ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» на основании экспертной оценки и изучения удовлетворенности матерей работой палатных медицинских сестер.

Для оценки степени удовлетворённости матерей работой среднего медицинского персонала мы проанкетировали 100 женщин и попросили их охарактеризовать работу медицинских сестер по ряду параметров по пятибалльной шкале. Наибольшее количество высоких оценок («4» и «5» баллов) дано по следующим критериям: удовлетворенность внешним видом медсестер (99%), профессиональной компетентностью медсестер (95%), уходом за ребёнком (90%), полнотой рекомендаций по уходу (88%), культурой общения (87%), внимательностью и наблюдательностью (80%), милосердием (76%). Вместе с тем, обращает на себя внимание тот факт, что по каждому

критерию также имели место и неудовлетворительные оценки. Экспертная оценка деятельности палатных медсестер проводилась группой экспертов и выявила, что медицинские сестры недостаточно занимаются сестринской педагогикой, а именно обучением матерей уходу за ребенком, профилактике гипогалактии, инфекционной безопасности.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд недостатков в работе медсестер отделения выхаживания недоношенных и разработать мероприятия по повышению качества сестринской помощи пациентам. Рекомендовано проводить непрерывную профессиональную подготовку медицинских сестер на рабочем месте с учетом выявленных недостатков путем участия в сестринских конференциях, подготовки докладов по наиболее актуальным вопросам из сестринской практики, разработки памяток и других наглядных материалов для обучения матерей, проведения конкурсов профессионального мастерства.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА БЕХТЕРЕВСКОГО ИНСТИТУТА

**Кудряшова М.В., Мишина И.Е., Халикова Н.А., Корнилов Л.Я.,
Веселовская В.Д., Шанталова А.А.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

В ситуации болезни изменяется не только соматическое, но и психическое состояние человека. От особенности личности пациента, степени доверия медицинскому персоналу зависит качество и эффективность его лечения (Ильин Е. П., 2011, Куницына В. Н., 2006). Цель исследования: оценить тип отношения к болезни у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и выявить их психотипы с использованием личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) для дальнейшей коррекции медикаментозного или восстановительного лечения.

Обследовано 46 человек, лечившихся на базе кардиологического отделения ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иванова с диагнозом ОКС, в т. ч. 52,2% (n = 24) мужчин и 47,8% (n = 22) женщин. Средний возраст пациентов составил 66,4 (42–83) лет. По социальному статусу преобладали работающие лица 54,3% (n = 25), остальные 45,6% (n = 21) – пенсионеры. Пациенты были сопоставимы по полу и возрасту. Анализировались истории болезни: данные лабораторных и инструментальных методов исследования, сопутствующая патология, гемодинамические параметры, проводился опрос больных с помощью ЛОБИ. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica версии 6.0.

Диагноз острого инфаркта миокарда (ОИМ) был выставлен в 33% (n = 15), нестабильной стенокардии (НС) – в 67% (n = 31) случаев. При анализе результатов теста ЛОБИ у больных с ОКС были выявлены 10 из 13 видов психотипов, кроме дисфорического, паранойяльного и эгоцентрического. В единичных случаях встречались апатический, анозогностический, меланхолический, сенситивный, ипохондрический и смешанные типы. Среди пациентов, перенесших ОКС, преобладал эргопатический тип (34,8%, n = 16). Для него характерны «уход от болезни в работу», стремление сохранить профессиональный статус и возможность продолжать активную трудовую деятельность в прежнем качестве, несмотря на тяжесть заболевания. В данной подгруппе чаще встречались больные с НС (56%, n = 9) против 44% пациентов с ОИМ (n = 7). Большая часть мужчин и женщин этой подгруппы были работающими 75% (n = 12). Пациенты с эргопатическим типом при поступлении предъявляли жалобы на умеренно-интенсивные загрудинные боли, у 50% из них (n = 8) диагностировалась артериальная гипертензия (АГ) 1 степени, у 44% (n = 7) была выявлена хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 1 стадии, в 12% случаев (n = 2) сердечная недостаточность отсутствовала. На реабилитацию в дневной стационар были направлены 56% (n = 9) пациентов, остальные 44% (n = 7), не имея противопоказаний, от реабилитации отказались. У 10,9% (n = 5) больных был выявлен диффузный тип отношения к болезни, который характеризуется реальным отношением к своей болезни, без преувеличения ее тяжести и без недооценки своего состояния. Лица с диффузным типом при поступлении предъявляли жалобы на частые интенсивные и умеренно-интенсивные загрудинные боли, одышку, сердцебиение. У 60% (n = 3) пациентов имела место АГ 1 степени, в 40% (n = 2) встречалась ХСН 2Б стадии, в 40% случаев (n = 2) – ХСН 2а стадии. Диагноз НС был выставлен у 80% (n = 4) пациентов, ОИМ у – 1 пациента. На реабилитацию в дневной стационар были направлены 2 человека (40% случаев), у остальных лиц имелись противопоказания в виде наличия ХСН 2Б стадии. Реже встречались гармонический и эргопатически-анозогностический типы (соответственно 8,7% (n = 4) каждый). У пациентов с гармоническим типом отмечались незначительные загрудинные боли, невысокие (в пределах 1 степени повышения) цифры АД, все больные имели ХСН 1 стадии. В 100% случаев эти пациенты были направлены на дневной стационар реабилитации, т.к. имели отсутствие противопоказаний к реабилитационным мероприятиям и дали свое информированное согласие на их проведение. Больные с эргопатически-анозогностическим типом в 75% (n = 3) случаев предъявляли жалобы на типичные загрудинные боли, с равной частотой (50%) у них выявлялась ХСН 1 и 2а стадии. На реабилитации в условиях дневного стационара из этой группы было направлено 2 пациента (50% случаев), столько же больных от реабилитационных мероприятий отказались.

Итак, тип личностных отношений к болезни влияет на отношение к реабилитационному процессу. Определение психотипа по опроснику ЛОБИ помогает правильно оценить субъективное восприятие больного своей болезнью, сформировать мотивацию на реабилитационные мероприятия и повысить приверженность лечению.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Кузнецова Е.Ю., Болдина А.М., Кирпичев И.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов приводят к ухудшению физического состояния больного, а хроническое прогрессирующее течение заболевания и потеря трудоспособности вызывают проблемы психологического характера, ограничение социальной активности. Основные задачи лечения сводятся к уменьшению симптомов заболевания, медицинской и социальной реабилитации больных.

Цель работы – выявить особенности изменения качества жизни у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов нижних конечностей после артропластики тазобедренного и коленного суставов.

Для достижения поставленной цели у 100 пациентов (62 – мужчины, 38 – женщины) с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов нижних конечностей (46 – с коксартрозами и 54 – с гонартрозами) проведено анкетирование с использованием стандартизованного общего опросника ВОЗ «Качество жизни – 100», вербальной шкалой оценки боли (ВАШ) и Шкала (тест-опросник) депрессии Бека. Средний возраст мужчин составил: $59,43 \pm 1,48$ года, женщин: $57,07 \pm 1,44$ года. Превалировали больные с односторонним поражением. Пациенты были разделены на три группы: в первой – опрос проводился до хирургического вмешательства; во второй – на этапе реабилитации через три месяца после артропластики; в третьей – при возникновении с гнойно-септических осложнений

Представлены результаты анкетирования пациентов всех трех групп. У больных до оперативного лечения физическое состояние значительно ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Повседневная деятельность так же ограничена из-за присутствия постоянной интенсивной боли. Жизненная активность снижена, пациенты обессилены, испытывают усталость, утомление. Физическое и эмоциональное состояния ограничивают социальную активность пациентов, уровень общения снижен, что мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая

большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Анализ тестирования по шкале Бека выявил умеренную депрессию (16–19 баллов), требующую коррекции психологического равновесия пациентов.

Через 3 месяца после операции у большинства пациентов наблюдается легкая депрессия (субдепрессия – 10–15 баллов). Физическое состояние пациентов частично ограничено, боль умеренной интенсивности позволяет заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Жизненная активность повышена, ощущают себя полными сил и энергии, охотно идут на контакт. В этой группе уровень качества жизни (КЖ) максимален. После проведенного лечения у пациентов наблюдается улучшение физического состояния, повышается уровень общения, расширяется круг друзей, тем самым приводит к повышению общего эмоционального состояния, улучшения настроения, вызывает положительные эмоции, нормализует сон и отдых, мышление, память, самооценку, внешность, способность выполнять повседневные дела, «пациенты как будто начинают новую жизнь».

У пациентов при возникновении осложнений физическое состояние полностью ограничивает выполнение физических нагрузок, при которых испытывают боль и дискомфорт. Повседневная деятельность ограничена, и зависит от помощи других лиц. Жизненная активность снижена из-за усталости, подавленности, физического перенапряжения. Физическое и эмоциональное состояние, уровень общения снижены, что влияет на выполнение физических нагрузок, социальных и личных отношений. У пациентов выявлены выраженные признаки депрессии (20–29 баллов), испытывают чувство незащищенности и нуждаются в поддержке близких людей.

Психоэмоциональные нарушения у пациентов по уровню депрессивности характеризуется проявлением депрессивных реакций и высоким уровнем личностной тревожности. При длительном течении заболевания у пациентов наблюдается на фоне депрессивных реакций, также повышенный уровень реактивной тревожности, что значительно снижает уровень качества жизни. Исследование показало, что каждая группа имеет только ей присущий профиль качества жизни, которая не зависит от локализации остеоартроза.

При сравнение показателей КЖ и болевого синдрома по ВАШ выявлена прямая корреляционная зависимость, что свидетельствовало о том, что боль влияет на психологическое, физическое состояние пациентов значительно ухудшая качество жизни, тем самым приводит к депрессии и негативным эмоциям. По данным шкалы ВАШ у первой группы пациентов была депрессия, тревога, страх. У второй наблюдаются положительные эмоции. Третья группа пребывают в депрессии, испытывают чувство незащищенности и нуждаются в поддержке близких людей.

Как видим, в результате исследования у пациентов до оперативного лечения физическое и эмоциональное состояние, повседневная деятельность были ограничены из-за присутствия постоянной боли. Пациенты прибывают в депрессивном состоянии. У пациентов на этапе реабилитации через три месяца после хирургического вмешательства отмечается значительное улучшение КЖ. Эти люди отмечают эффективность проводимого лечения. При возникновении осложнений показатели КЖ значительно ухудшаются. Больные пребывают в состоянии депрессии. Выявленная прямая корреляционная зависимость между показателями КЖ и интенсивностью болевого синдром свидетельствуют о важности восстановления безболезненного функционирования пораженного артрозом сустава для коррекции КЖ у данной категории больных.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК УЧАСТНИКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

**Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А., Каминская Н.В.
ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Реабилитация является важной составляющей частью сестринского дела, поскольку любое серьезное заболевание или травма содержит в себе угрозу инвалидизации, нарушения функционирования или развития отклонений от нормы. Одни и те же базовые принципы реабилитации применяются при оказании помощи всем пациентам, и действия, направленные на реабилитацию, должны начинаться с самого первого контакта с пациентом.

Цель реабилитации заключается в восстановлении способности пациента к самостоятельному функционированию или в максимально быстром достижении уровня функционирования, существовавшего до начала заболевания или до момента травмы. Если это невозможно, то целями реабилитации является максимально возможное поддержание самостоятельности и качества жизни, приемлемого для пациента. Реалистичные цели, основанные на индивидуальной оценке состояния пациента, устанавливаются совместно с пациентом и обозначают направление программы реабилитации. Одна из важных ролей в реабилитации отводится медицинской сестре, т. к. именно она обеспечивает постоянное наблюдение и уход за больным, и от качества ее работы во многом зависит успех реабилитации.

Цель работы – на основе анализа литературных источников определить роль медицинской сестры как участника реабилитационного процесса.

Используя сестринский процесс, медсестра разрабатывает план оказания помощи, способствующий реабилитации, восстановлению и поддержанию оптимального здоровья, и профилактике осложнений. Сестринские вмешательства могут быть зависимые (выполняются по назначению врача),

независимые (выполняются медсестрой по собственной инициативе, в меру своей компетенции, без прямого требования и указаний со стороны врача или других специалистов) и взаимозависимые (выполняются в сотрудничестве с другими специалистами и родственниками пациента). К независимым вмешательствам относится оказание помощи пациенту в самообслуживании, наблюдение за реакцией больного на лечение и уход, обучение и консультирование пациента и его семьи.

Медицинская сестра, занимающаяся реабилитацией, формирует так называемые терапевтические взаимодействия, основанные на поддержке, с пациентом и его семьей. Одна из целей реабилитации – помочь пациенту обрести положительную самооценку благодаря эффективному преодолению ситуации. Медицинские сестры должны знать различные методы преодоления и уметь определять, когда пациент недостаточно хорошо справляется или неэффективно приспосабливается к своим нарушениям, вызывающим инвалидность. Преодоление проблем, связанных с инвалидностью, осуществлением ухода за собой, поддержание подвижности, уход за кожей (в том числе при нарушении ее целостности), контролирование функционирования кишечника и мочевого пузыря часто являются областями медсестринских действий.

Основой для разработки программы реабилитации является комплексная оценка функциональных возможностей пациента, когда измеряется способность человека выполнять повседневные действия. Различают необходимые повседневные действия, выполняемые для удовлетворения основных потребностей, такие, как личная гигиена, одевание, пользование туалетом, прием пищи и перемещение, и прочие повседневные действия, необходимые для самостоятельной жизни, такие, как способность ходить по магазинам, приобретать продукты и готовить пищу, пользоваться телефоном, убирать в доме. Медицинская сестра наблюдает за тем, как пациент выполняет определенные действия (например, ест, одевается), и отмечает степень его самостоятельности, затрачиваемое время, подвижность, координацию и выносливость пациента и т.д. Наблюдения записывают в баллах в карту оценки функциональных возможностей, что позволяет стандартизировать параметры оценки состояния и измерять наблюдаемые улучшения. Существует множество шкал для оценки уровня функционирования. Помимо подробной оценки функциональных возможностей, медицинская сестра оценивает физический, психический, эмоциональный, духовный, социальный статус пациента. Кроме того оценивается вероятность нарушения целостности кожных покровов (возникновения пролежней), нарушения способности контролирования кишечника и мочевого пузыря. Целями сестринского ухода при планировании являются: выполнение действий по поддержанию личной гигиены, одевание и поддержание внешнего облика, прием пищи, пользование туалетом, удовлетворенность пациента степенью собственной самосто-

тельности в выполнении действий по уходу за собой. Сестринские вмешательства при реализации плана ухода включают: поддержание способности к самостоятельному уходу за собой, рекомендации относительно использования вспомогательных приспособлений, помощь в привыкании к ограничениям.

При реализации плана ухода должны быть достигнуты следующие результаты: пациент выполняет гигиенические процедуры с максимальным уровнем самостоятельности; пациент одевается, причесывается с максимальным уровнем самостоятельности; пациент демонстрирует повышение интереса к своему внешнему виду; пациент принимает пищу с максимальным уровнем самостоятельности; пациент демонстрирует повышение интереса к еде; пациент пользуется туалетом с максимальным уровнем самостоятельности; пациент опорожняет мочевой пузырь и кишечник с нормальной частотой; отсутствуют недержание, запоры; пациент эффективно использует вспомогательные приспособления при выполнении действий по самоуходу; пациент выражает удовлетворенность уровнем самостоятельности в выполнении действий по уходу за собой.

Таким образом, проведенное исследование показало, насколько велика и уникальна роль медицинской сестры в качестве полноценного участника реабилитационного процесса.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А.

ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Реабилитация инвалидов со спинальными травмами, травмами конечностей и последующей ампутацией является сложной задачей. Для инвалидов, перенёсших спинальную травму, ампутацию нижней конечности, наиболее значимой проблемой является ограничение способности к передвижению, самообслуживанию. Инсульты также часто оставляют после себя тяжелые последствия, в виде двигательных, речевых и других нарушений, инвалидизируя больных, и снижая качество жизни пациента. При уходе за пожилыми людьми часто можно наблюдать расстройство координации движений, что может быть связано с изменениями в скелетно-мышечном аппарате (нарушение координированной работы мышц, слабость в мышцах бедра и голени и др.). Нарушение координации движений является опасным для больного, так как это может привести к падению и травмированию. Реабилитационный процесс у таких групп пациентов направлен на восстановление подвижности, профилактику осложнений. Медицинская сестра, специально обученная приемам реабилитации, является основной опорой для

врачей, выполняя их назначения, оказывая помощь и обеспечивая основные нужды больных в течение дня.

Цель исследования – на основе анализа данных литературы изучить особенности сестринской помощи пациентам с двигательными нарушениями.

При обследовании и выявлении проблем пациента (медсестра совместно с другими специалистами мультидисциплинарной бригады) необходимо: оценить уровень подвижности (оценка положения тела, способности к перемещению, мышечной силы, функционирования суставов), знать назначенные врачом пределы подвижности (двигательный режим), оценить способность поддерживать равновесие, перемещаться, использовать вспомогательные приспособления (костыли, ходунки и т.д.), способность использовать ортезы/протезы, следить за эффективностью их использования, обратить внимание на такие проявления, как ортостатическая гипотензия, бледность, потливость, тошнота, тахикардия, головокружение, усталость. По результатам обследования медсестра формулирует варианты оценки клинической ситуации (сестринские диагнозы): нарушения способности к ходьбе, подвижности в постели, в инвалидной коляске, риск травмы, падения. Целями сестринского ухода при нарушении физической активности являются: отсутствие контрактур и деформаций, поддержание мышечной силы и подвижности суставов, достижение самостоятельной подвижности и повышение толерантности к физической нагрузке.

В соответствии с целями ухода сестринские вмешательства направлены на: 1) поддержание правильного положения тела для предотвращения костно-мышечных осложнений (необходимо пациентам на постельном режиме для профилактики деформаций и контрактур, при этом используются основные положения в постели «на спине», «на боку», «на животе» с применением подушек и шин; 2) профилактику опущения стопы (в положении на спине используются специальные мягкие шины, обеспечивающие угол положения стоп в 90° по отношению к ногам, в инвалидной коляске также стопы должны находиться под углом 90° на подножках или на полу, рекомендуется выполнение упражнений для лодыжек несколько раз в час, таких как сгибание и разгибание стоп, пальцев ног, круговые движения стопами); 3) поддержание мышечной силы и подвижности суставов, чему способствует активное выполнение повседневно необходимых действий, упражнения на диапазон движений и специальные упражнения по назначению врача-специалиста; 4) поддержание самостоятельности при перемещении, оказание помощи при перемещении (перемещение и повороты пациента в кровати, перемещение пациента с кровати на стул, на каталку, на инвалидную коляску, поддержка пациента при ходьбе, обращение с падающим и упавшим пациентом), при этом необходимым условием является обеспечение безопасности медицинской сестры при перемещении пациента (инвалидные коляски, каталки и кровати должны быть зафиксированы перед

началом перемещения пациента, их высота должна быть одинаковая); 5) подготовку к ходьбе, начало ходьбы с использованием костылей, трости (совместно с врачом-специалистом проводится укрепление соответствующих мышц путем выполнения упражнений, подбор вспомогательного приспособления, обучение его безопасному использованию, поддержка и оберегание от падений, оценка состояния пациента); 6) оказание помощи пациенту, использующему ортез/протез (совместно с протезистом, врачом), для чего осуществляется уход с целью скорейшего заживления после ампутации, формирования остаточной культи, минимизации образования контрактур, обучение его правильному использованию и снятию, уходу за ортопедическим приспособлением, уход за кожей, соприкасающейся с приспособлением, помощь в преодолении психологических проблем, связанных с утратой конечности, привыканием к протезу/ортезу.

Цели ухода считаются достигнутыми, если: пациент демонстрирует улучшение физической подвижности (поддерживает силу мышц и подвижность суставов, выполняет программу физических упражнений), у него отсутствуют контрактуры; пациент перемещается с соблюдением правил безопасности (демонстрирует перемещение с посторонней помощью или выполняет перемещение самостоятельно); пациент ходит с максимальной самостоятельностью (использует вспомогательные приспособления для ходьбы с максимальной безопасностью, соблюдает назначения относительно допустимой нагрузки на конечности); пациент демонстрирует повышение переносимости физической нагрузки (не испытывает эпизодов ортостатической гипотензии, не испытывает усталости при ходьбе, постепенно увеличивает расстояние и скорость ходьбы).

Таким образом, нами выделены особенности сестринской помощи пациентам с двигательными нарушениями.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Рунова О.С., Салова М.Н., Жданова Л.А.

ОБУЗ «Детская городская поликлиника № 6», г. Иваново

Актуальность проблемы определяется высокой частотой последствий «легких» перинатальных поражений ЦНС (ППП ЦНС) у детей дошкольного и школьного возраста. При этом в детских лечебно-профилактических учреждениях недостаточно развита система оказания медико-педагогической помощи таким детям, не разработаны комплексные индивидуализированные программы реабилитации.

Цель работы – обосновать необходимость комплексной дифференцированной медицинской реабилитации детям с ППП ЦНС.

Проведено комплексное клинично-инструментальное обследование 195 детей 3–8 лет, из них 112 – с ППП ЦНС и 83 – без этой патологии.

Каждый третий ребенок с ППП ЦНС относился к группе часто болеющих. Дети I группы достоверно чаще имели нарушение осанки и плоскостопие, у них в 2–3 раза чаще, чем в группе сравнения, выявлялась хроническая патология лор-органов, почек, пищеварительного тракта. У половины детей I группы был диагностирован синдром дефицита внимания и гиперактивности, нарушения вегетативной регуляции, астеноневротический синдром, у четверти – признаки доброкачественной внутричерепной гипертензии, периферической цервикальной недостаточности, у 14% – тикоидные гиперкинезы. Все дети с ППП ЦНС имели эмоциональные проблемы, связанные с повышенным уровнем тревожности, низкой самооценкой, неуверенностью в себе, неудовлетворенностью своим социальным статусом среди ровесников. Дети контрольной группы достоверно реже испытывали эти проблемы и нуждались в помощи психолога. Лишь каждый четвертый ребенок контрольной группы воспитывался в условиях гипопroteкции, когда дефицит общения определяет недостаточность общего развития и нарушение речи в частности. Более чем у половины детей выявлялась гиперпротекция (вариант «мама-наседка»), которая способствует развитию у ребенка таких качеств, как чувство эгоизма, неуверенности в себе, несамостоятельности, что и определяло неблагоприятный социальный статус детей. При обследовании детей с ППП ЦНС методом ВРС (вариабельности ритма сердца) установлены нарушения вегетативной регуляции, отражающие ее перенапряжение и истощение, а также сниженные адаптационные резервы. Результаты ВРС детей контрольной группы существенно не отличались от возрастных норм.

Учитывая сочетанность заболеваний у детей с ППП ЦНС, разработана дифференцированная программа медико-психолого-педагогической помощи, используемая в отделении медицинской реабилитации в детской поликлинике. Работа отделения строится по разработанной поэтапной модели коррекционной помощи в системе комплексной реабилитации. На начальном этапе проводится диагностика состояния здоровья ребенка при обязательном участии психолога, логопеда и педагога, результатом является формирование индивидуальной программы реабилитации, реализуемой на коррекционном этапе и направленной на восстановление максимально значимой в данный момент функции. Она включает физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, сегментарный массаж, аппаратные методы лечения. Каждому ребенку проводится курс занятий с педагогом кабинета когнитивной терапии для коррекции одной или нескольких нарушенных высших корковых функций, при этом особая значимость придается обучению родителей методикам развития ребенка. На занятиях ребенка с психо-

логом проводятся мероприятия для снятия эмоционального напряжения, снижения тревоги, гармонизацию социального статуса, релаксационные упражнения. Кроме того, родители получают необходимую информацию по вопросам семейного воспитания. Логопедические занятия направлены на коррекцию артикуляционных нарушений при активном участии родителей ребенка. На поддерживающем этапе с ребенком проводятся мероприятия по укреплению здоровья и нервно-психическому развитию в семье и дошкольном учреждении.

В отделении используется комплексная программа медицинской реабилитации, составленная из модулей рекомендаций, разделенная на педагогический, психологический и медицинский блоки. Используя модули, реабилитационная бригада может формировать персональную программу, что позволяет воздействовать на индивидуальные отклонения здоровья каждого ребенка. С февраля 2016 года по настоящее время отделение посетили более 800 детей с ППП ЦНС. Использование комплексной индивидуализированной программы медико-педагогической помощи привело не только к компенсации неврологических расстройств, но и улучшению артикуляции, когнитивных функций, мышечного тонуса, нормализации со стороны эмоциональной сферы и повышению адаптационных резервов организма.

Таким образом, учитывая высокую частоту последствий ПП ЦНС у детей, помощь для них должна быть организована как в условиях реабилитационных центров, так и отделений медицинской реабилитации на базе детских поликлиник. При этом важно обеспечить не только комплексный подход, но и персонализировать медико-педагогическую помощь, оказываемую специалистами этих отделений, чему может способствовать использование стандартных модулей рекомендаций.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Рябчикова Т.В., Углева С.М.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Клиника ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Патология сердечно-сосудистой системы считается одной из самых распространенных. Заболевания системы кровообращения неблагоприятно влияют на состояние здоровья, ухудшают качество и уменьшают продолжительность жизни пациентов, являются основными причинами инвалидизации и смертности. Снижение смертности от болезней системы кровообращения является одним из целевых индикаторов развития здравоохранения до 2020 года.

Цель исследования – проанализировать работу мультидисциплинарной бригады в реабилитации больных с острым коронарным синдромом и оценить степень удовлетворенности пациентов.

Настоящее исследование проводилось в 2013–2014 гг. на базе отделения кардиореабилитации дневного стационара клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. Сбор информации осуществлялся методом анкетирования по специально разработанным анкетам. В исследовании участвовали 12 членов мультидисциплинарной бригады и 50 пациентов дневного стационара, с которыми проводилось социально-гигиеническое и клиническое исследование в рамках функций медицинской сестры.

Программа кардиореабилитации на базе дневного стационара клиники ГОУ ВПО ИвГМА обеспечивала II этап реабилитации, после выписки из стационара.

Основным содержанием реабилитации больных на тот период была комплексная программа, которая включала:

1) методики длительных физических тренировок – как групповых (контролируемых), так и индивидуальных в домашних условиях, составляющих основу реабилитации

2) образовательную программу «Школа для больных ИБС и их родственников»;

3) программу психологической реабилитации

При анализе организации работы мультидисциплинарной бригады было установлено, что состав бригады был следующий: кардиолог, врач ЛФК, физиотерапевт, психолог, диетолог, медицинские сестры.

Программа кардиореабилитации II этапа была рассчитана на 15 дней, и включала в себя осмотр специалистами мультидисциплинарной бригады (на 1, 10 и 15-й дни курации), которые проводили комплексное обследование, формулировали реабилитационные цели, разрабатывали реабилитационные мероприятия, индивидуальные программы реабилитации пациентов.

Основу всей программы реабилитации больных, перенёсших ОКС, составляли физические тренировки. Основным специалистом, осуществляющим диагностику – врач-кардиолог.

Для каждого члена бригады были разработаны функциональные обязанности. Особая роль была выделена медицинской сестре отделения кардиореабилитации, которая исполняла функции координатора, формировала маршрут пациента. Эффективность этого этапа так же зависел от индивидуальной активности пациента, аккуратности выполнения им всех назначенных процедур.

Выводы: При оценке результативности работы мультидисциплинарной бригады установлено, что данный курс приводил к достоверному улучшению течения заболевания, оказывал гипотензивный эффект, выразившийся в снижении САД, ДАД.

Включение в кардиореабилитационные мероприятия регулярных физических тренировок привело к достоверному возрастанию толерантности к физической нагрузке.

В течение последующих 3 месяцев дальнейшего амбулаторного лечения пациентов происходило снижение приверженности к медикаментозному лечению у 22% пациентов. У этих же больных незначительно возрастали показатели САД, ДАД, ЧСС, что свидетельствовало о необходимости более длительного контроля за реабилитацией.

При анализе удовлетворённости пациентов кардиореабилитации отмечено, что все пациенты удовлетворены качеством оказанной помощи. Все респонденты высоко оценили организационные и медицинские критерии. На первом месте в ранжированном ряду расположились современность оборудования, внешний вид врача, работу приёмного отделения; несколько ниже оценены условия (бытовые) пребывания в отделении, состояние санитарных комнат. Из медицинских критериев на первом месте по удовлетворённости стоят сроки госпитализации, т.к. пациенты поступают в отделение кардиореабилитации клиники сразу после выписки из стационара. Пациенты высоко оценивают заботу и внимание врачей, доступность объяснений врача по поводу лечения, своевременность обследования.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ САМОКОНТРОЛЯ И САМОПОМОЩИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Рябчикова Т.В.¹, Фролова О.М.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Иванова»

Одной из самых травмирующих проблем, возникающих у пациентов, является боль. Боль является одним из самых распространенных симптомов не только у больных, нуждающихся в паллиативной помощи, но и при других заболеваниях. Кроме того, боль является самым частым критерием обращения к врачу вообще.

ВОЗ акцентирует внимание на том, что недостаточное устранение боли при онкологических заболеваниях представляет собой серьезную проблему во всем мире. При этом в большинстве случаев боль можно устранить, если бы применялись имеющиеся медицинские знания и способы лечения. При терапии хронической боли необходимо решать проблемы, учитывая психогенные и ситуативные реакции пациента.

Целью нашего исследования явилась оценка применяемых методов самоконтроля боли и самопомощи и их эффективность в реабилитации пациентов с хроническим болевым синдромом.

В исследовании приняли участие 62 пациента ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» с хроническим болевым синдромом в рамках реализации проекта «Школа без боли».

Метод исследования – анкетирование на основе специально разработанного опросника, позволяющее оценить информированность пациентов по аспектам обезболивания, а так же способов самоконтроля и самопомощи перед началом занятий и после информационного сопровождения.

В результате исследования получены следующие результаты. Перед началом занятий в шести группах 91,2% пациентов указали, что боль для них – это стресс, мучение, отсутствие сна, «невозможность жить». Половина опрошенных (51,6%) указала, что знакомы с немедикаментозными приемами обезболивания, такими как массаж и охлаждающие компрессы. Среди пациентов 40,3% опрошенных указали, что боль возникает после физической нагрузки, у 24,2% появление боли связано с неудобным положением тела, 19,4% пациентов связывают появление боли с приемом пищи, 12,9% пациентов отметили появление боли спонтанно, не связывая с какими либо событиями.

Приступ боли у большинства пациентов обычно сопровождается тошнотой (87%), слабостью (82,3%), нарушением сна (77,4%), раздражительностью (72,6%). Дневник своих болевых ощущений ведут 6,5% опрошенных (4 человека). 100% пациентов отметили необходимость занятий в школе пациента как источник знаний о способах обезболивания в быту.

В ходе занятий в школе пациенты познакомились с природой возникновения болевых ощущений, научились оценивать собственные болевые ощущения и факторы, провоцирующие боль, освоили ведение дневника самоконтроля боли, узнали об основных правилах проведения лекарственной терапии боли и так же освоили немедикаментозные методы снижения собственных болевых ощущений. После проведенных занятий пациенты в ходе анкетирования продемонстрировали знания (96,7%) о природе боли. 93,5% указали на необходимость ежедневной оценки боли. Большинство (85,5%) указали на таблетированные и трансдермальные формы как наиболее предпочтительный метод лекарственного обезболивания и перечислили основные правила лекарственной терапии.

Более половины опрошенных (62,9%) отметили релаксационный метод немедикаментозного обезболивания как наиболее желаемый к применению. 32,3% пациентов применяют для обезболивания механические способы (прикосновения, массаж) в том числе с температурным воздействием на болевые точки. Ортопедические устройства и приспособления применяют 4,8% пациентов.

Все пациенты отметили полезность занятий в школе как способ повышения информированности в области обезболивания и самопомощи в бытовых условиях.

Таким образом, предлагаемые методы самоконтроля и самопомощи при хроническом болевом синдроме помогают сформировать осознанное проведение врачебных назначений и методик немедикаментозного купирования боли, что послужит основой для сохранения уровня качества жизни пациента и ухаживающих за ним лиц.

КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СВИНЦА

Стародумов В.Л.¹, Яблокова И.С.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² Управление Роспотребнадзора по Ивановской области

Утвержденная в 2016 году Правительством РФ «Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 года» ориентирована на обеспечение полноценного питания и профилактику заболеваний. Синонимом полноценного питания является питание рациональное, одним из принципов которого является безвредность пищевых продуктов. На основании многолетних исследований нами была установлена высокая частота связей экзозависимой патологии детей с содержанием свинца в почве, а одним из основных источников поступления свинца в организм являются пищевые продукты.

Цель исследования – разработка рациона питания для детей в организованных коллективах для снижения риска неблагоприятного воздействия свинца. Это было сделано на основе определения экспозиции свинцом и вклада отдельных продуктов детского рациона в ее общее значение.

Первоначально была проведена оценка содержания свинца в основных пищевых продуктах. Выбор продуктов для исследования обусловлен изучением фактического питания как в дошкольных учреждениях, так и в домашних условиях. Далее проведены анализ питания по меню-раскладкам и методом анкетирования, а также оценка риска поступления свинца в организм детей 3–7 лет с расчетом коэффициента опасности.

Закономерно, что наибольшее содержание свинца выявлено в рыбных консервах, что, возможно, обусловлено особенностями технологии консервирования. Отмечено более высокое содержание свинца в животных продуктах (мясных и рыбных) по сравнению с растительными. Относительно больше свинца в крупах и кондитерских изделиях, чем в овощах. Самое низкое содержание свинца – в молоке и кисломолочных продуктах.

Расчетами риска поступления свинца с продуктами рациона по данным оценки питания детей в организованных коллективах определено, что коэффициент опасности является значимым, что определило необходимость проведения коррекции пищевых рационов. Это необходимо не только для

снижения воздействия свинца, но и для устранения дисбаланса нутриентов и минеральных веществ, так как выявленные при оценке питания детей снижение количества кальция и избыток жиров могли привести к увеличению риска воздействия свинца.

Снижение поступления свинца в организм необходимо провести за счет уменьшения в рационах содержания тех продуктов, которые вносят наибольший вклад в значение экспозиции. Для этого был рассчитан вклад и проведено ранжирование каждой из основных групп продуктов рациона в общее значение экспозиции свинцом. Установлено, что на первом месте по вкладу в общее значение экспозиции свинца в рационах ДООУ стоит картофель: его вклад составляет 20%, затем – мясо (15%) и рыба (10%). По оценке домашнего рациона лидируют фрукты (16%), затем колбасы (14%) и рыба (12%). Мясо и рыба являются поставщиками эссенциальных нутриентов, поэтому снижение их содержания недопустимо, что осложняет задачу. Содержание картофеля в рационах превышает рекомендуемый уровень более чем на треть, поэтому снижение этого продукта возможно как с точки зрения и пищевой ценности, так и снижения поступления свинца. Что касается колбас, то задача решается просто, т. к. в рационе детей, посещающих ДООУ, отмечено значительное превышение норм употребления этого продукта – в 7 раз. В свою очередь потребление молочных продуктов является в определенной степени средством профилактики из-за содержащихся в них аминокислот, а также кальция, который препятствует всасыванию свинца.

По нашему мнению, коррекцию рациона целесообразно начинать в дошкольных учреждениях в период подготовки к обучению в школе. За год до поступления в школу, когда питание организовано и легко контролируется, необходимо изменить структуру питания дошкольников, и устранить дисбаланс нутриентов и минеральных веществ, а также снизить предполагаемое поступление свинца с пищей. Снизить нагрузку свинцом возможно путем изменения рационов с расширением ассортимента молочных, в том числе кисломолочных продуктов, повышением потребления овощей, уменьшением количества пищевых продуктов, наиболее значимых в экспозиции, но не имеющих значительной пищевой ценности. При коррекции в продуктовом наборе дошкольника по сравнению с рекомендуемыми значениями гигиенических норм было снижено содержание кондитерских изделий, картофеля (100 г), исключены колбасы и консервы, увеличено потребление кисломолочных продуктов (250 г) и овощей (260 г). Количество мяса (говядины) составляет 55 г, мяса птицы 20 г, рыбы 25 г, молока 200 г в сутки. При этом устранены недостатки нутриентного состава рациона: сбалансировано содержание жиров, углеводов и калорийность, повышено количество витамина С, кальция.

Пищевая ценность разработанного нами рациона несколько выше требований нормативных документов для детей, посещающих дошкольные

учреждения по количеству белков и приближается к нормам школьников 7–11 лет по содержанию витамина С, кальция, железа. В домашнем питании рекомендуется сократить потребление колбас, макаронных и кондитерских изделий, круп, при этом увеличив количество молочных и кисломолочных продуктов.

Выводы. 1. Установлена экспозиция свинцом детского организма с рационом питания, определившая необходимость коррекции питания. 2. Проведено ранжирование вклада продуктов рациона в поступление свинца в организм детей. 3. Внесенные изменения в продуктовый набор позволят снизить поступление свинца на треть, а также исключить дефицит ряда нутриентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОАМИНОПОЗИТИВНЫХ СТРУКТУР ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРОЦЕССЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Торшилова И.Ю.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Щитовидная железа оказывает значительное влияние на весь организм. В частности, она регулирует скорость метаболизма и энергетический обмен, работу сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и кроветворной систем; делает возможным зачатие и обеспечивает нормальное течение беременности. В то же время она чутко реагирует морфологическими и функциональными изменениями на различные воздействия со стороны внутренней среды организма. В частности, на её структуру и функции огромное влияние оказывают гормоны яичников во время овариально-менструального цикла, беременности, родов, лактации и климакса. Из клинической практики известно, что частота и тяжесть поражения щитовидной железы у женщин значительно выше, чем у мужчин. Однако ясного представления о механизмах взаимосвязи щитовидной железы и яичников до настоящего времени нет. В научной литературе встречаются сведения об участии биогенных аминов (серотонина и катехоламинов) в обеспечении адаптационно-компенсаторных реакций щитовидной железы к физиологическим процессам женского организма. Доказано, что нейромедиаторные биогенные амины, действуя одновременно как медиаторы и гормоны местного влияния, служат посредниками между клеточными рецепторами и их специфическими раздражителями – гормонами. Они могут непосредственно влиять на рецепторно-цикловые системы клетки и её генетический аппарат. Оптимальное соотношение биоаминов в микроокружении клеток обеспечивает в ней баланс процессов анаболизма-катаболизма и способствует переходу одного уровня гомеостаза на другой, что особенно актуально во время гор-

мональной перестройки женского организма в период беременности.

Цель – исследовать адаптационно-компенсаторные реакции комплекса структур внутриорганный биоаминового обеспечения щитовидной железы и её фолликулярного аппарата в различные сроки беременности.

Для выполнения поставленной цели применялся комплекс гистохимических, гистологических, спектрофлуориметрических, морфологических и компьютерно-статистических методов исследования.

Подтверждено наличие в щитовидной железе беременных крыс биоаминопозитивных структур, объединённых во внутриорганный комплекс биоаминового обеспечения (ВКБО). Основными компонентами комплекса являются периваскулярные (ПВС) и парафолликулярные (ПФС) симпатические нервные сплетения, С-клетки и тканевые базофилы, в которых микро-спектрофлуориметрически идентифицируются серотонин и катехоламины. Доказано, что изменения пространственно – гистохимической характеристики биоаминопозитивных структур внутриорганный комплекса при нормально протекающей беременности носит волнообразный характер, а также региональные особенности, проявляющиеся в достоверных отличиях оценочных параметров для центральных и периферических зон щитовидной железы. Показано, что количественное соотношение серотонина и катехоламинов в компонентах ВКБО характеризуется положительной линейной корреляцией, степень которой изменяется неодинаково в различных структурах биоаминопозитивного комплекса в течение беременности.

Выявлена значительная степень положительных ранговых корреляций между изменениями содержания серотонина и катехоламинов в ПВС и ПФС, тканевых базофилах и С-клетках, как в пределах центральных и периферических регионов железы, так и между ними. Эта структурно-функциональная интегрированность центральных и периферических ВКБО щитовидной железы самки крысы динамична, но её выраженность постепенно снижается во время беременности. Отмечена синхронизация волнообразного уменьшения высоты тироцитов с колебаниями биоаминовой насыщенности и плотности пространственного распределения ПВС и ПФС симпатических сплетений. Изменения большинства оценочных параметров структурно-функционального состояния щитовидной железы имеет двух-фазный характер. В первую половину (фазу) беременности отмечается положительное хроносопряжение между изменениями высоты тироцитов и уровнем тироксина (Т4) в крови. Во вторую половину (фазу) выявляется отрицательная ранговая корреляция между динамикой высоты тироцитов и концентрацией трийодтиронина (Т3) в крови. В процессе беременности связь динамики содержания серотонина и катехоламинов в структурах ВКБО щитовидной железы с концентрацией в крови тиреоидных и овариальных гормонов (эстрогена и прогестерона) проявляет гетерохронность. Выраженная в первую половину беременности тесная корреляция между

изменениями количества нейромедиаторных биоаминов в симпатических сплетениях щитовидной железы, Т4 и эстрогенов в крови значительно снижается во вторую половину. На протяжении всей беременности высокой остаётся корреляция между биоаминовой насыщенностью ПВС, ПФС и содержанием в крови Т3 и прогестерона. Установленная в первую половину отрицательная корреляция между колебаниями концентрации Т3 и Т4 в крови исчезает во вторую половину беременности. На протяжении всего периода наблюдения сохраняется высокая степень тесной связи между изменениями концентрации Т4; и прогестерона, а между динамикой содержания Т3 и эстрадиола в крови она выражена только в первую половину беременности.

Итак, ВКБО самки крыс представляет собой динамичную кооперацию сопряженных с обменом серотонина и катехоламинов, гетерогенных и гетероморфных структур, объединённых на выполнение щитовидной железой органоспецифических функций в режиме адекватном беременности. Информация об изменении содержания биогенных аминов может быть экстраполирована в отношении беременной женщины и использоваться для ранней диагностики и, как следствие, профилактики нарушений работы щитовидной железы у женщин в этот период.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Фролова О.М.¹, Рябчикова Т.В.²

¹ ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Иваново

² ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

В программе ВОЗ по борьбе против рака большое внимание уделяется медицинским, социальным и гуманным аспектам помощи пациентам с хроническим болевым синдромом. Ввиду того, что боль имеет многоуровневую природу, наиболее рационально пользоваться концепцией тотальной боли: страдание имеет физический, психологический, социальный и духовный аспекты, с которыми нельзя не считаться в процессе лечения хронического болевого синдрома.

Цель – оценка эффективности реабилитационных мероприятий, направленных на купирование хронического болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Группу наблюдения составили 54 пациента с разными степенями хронического болевого синдрома и 12 медицинских сестер – участников образовательно-реабилитационного проекта «Жизнь без боли». Проект направлен на обеспечение профессиональной подготовки медицинского персонала

к работе с пациентами с хроническим болевым синдромом и обучение пациентов самоконтролю болевых ощущений и самопомощи немедикаментозными методами в быту, что позволяет облегчить состояние пациента и восстановить функционирование (насколько это возможно).

В группах проводилось анкетирование слушателей перед началом занятий в школе и на итоговом занятии. В результате большинство (91,6%) медицинских сестер дали правильные ответы по характеристикам болевого синдрома, 83,3% показали знание невербальных признаков боли у пациента, 100% верно перечислили принципы противоболевой терапии.

В группе пациентов оценивалось знание характеристик боли, факторов, провоцирующих приступ боли, периодичности оценки болевых ощущений, а так же способов немедикаментозной самопомощи при болевых ощущениях.

После занятий в ходе анкетирования 96,3% пациентов показали знания о природе боли, 92,6% указали на необходимость ежедневной оценки боли. Большинство (90,7%) указали на таблетированные и трансдермальные формы как наиболее предпочтительный метод лекарственного обезболивания и перечислили основные правила лекарственной терапии. Более половины опрошенных (62,9%) отметили релаксационный метод немедикаментозного обезболивания как наиболее желаемый к применению. 31,5% применяют для обезболивания механические способы (прикосновения, массаж), в том числе с температурным воздействием на болевые точки. Ортопедические устройства и приспособления применяют 5,5% пациентов.

Все пациенты отметили полезность занятий в школе как способ повышения информированности в области обезболивания и самопомощи в бытовых условиях.

Следовательно, лечение пациента с болью всегда является персонализированным и включает весь доступный арсенал лекарственных и немедикаментозных методов с учетом возраста больного и того лечения, которое он получает по поводу онкологического заболевания. Вместе с тем использование релаксационных методов обезболивания позволяет повысить эффективность реабилитации пациентов с хронической болью.

ШКОЛА ДИСПЛАСТОЛОГА – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ ИВАНОВСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Слатина М.Ю., Клыкова Е.Н.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ ДГКБ № 1 г. Иванова, Центр здоровья для детей

Одной из форм работы с детьми является Центр здоровья для детей – центр медицины профилактики болезней. Такой Центр функционирует в Иванове с декабря 2010 года в структуре детской городской клинической

больницы № 1. В Центре здоровья каждый ребёнок первых восемнадцати лет может узнать о своём здоровье, а родители – увидеть и понять ошибки в воспитании, ведущие к серьёзным проблемам в здоровье ребёнка.

На каждого обратившегося в Центр оформляют карту здоровья, в которую заносят паспортные данные, сведения о перенесённых заболеваниях, травмах и операциях. Указывается детский коллектив (сад или школа), сведения об особенностях питания, режима жизни, занятии спортом, наличие вредных привычек, а также факторы, неблагоприятно влияющие на ребёнка во время учёбы (гиподинамия, длительное пребывание за компьютером и пр.). В карту заносят результаты осмотра и исследований. Результаты обследований заносят и в карту здорового образа жизни, которая находится на руках у пациента. В этой карте врач отмечает планируемые мероприятия, которые ребёнок должен выполнить, чтобы укрепить или поправить своё здоровье. В Центре по направлению педиатра можно получить консультацию психолога, диетолога, врача лечебной физкультуры, стоматолога-гигиениста, которые внесут свои дополнения в план оздоровительных мероприятий.

Врачи Центра проводят занятия в школе здоровья, рассматривая вопросы профилактики заболеваний позвоночника, рационального питания, гигиены подростка, профилактики алкогольной и никотиновой зависимости и др. Сотрудники Центра проводят тематические беседы по любым вопросам, касающимся сохранения здоровья детей. Одним из направлений Центра, является «Школа диспластолога», призванная популяризировать проблему дисплазий соединительной ткани, как в педиатрическом сообществе, так и среди населения. Слушателями школы являются, с одной стороны, врачи и медицинские работники лечебно-профилактических учреждений, с другой – дети и их родители. Занятия проводятся для небольших групп врачей-педиатров и специалистов детских поликлиник, Центров здоровья, разных частных медицинских центров города и районов области. Ведущий школы в ходе мастер-классов в спокойной и доверительной обстановке обсуждает отдельные положения проблемы, показывает приёмы выявления признаков дисплазии. Дается информация о медикаментозных и немедикаментозных методах коррекции ДСТ. Совместное обсуждение вопросов, объединяет врачей разных специальностей, демонстрируя междисциплинарность проблемы. Заметим, что у врачей-специалистов, как правило, сформирован узконаправленный профессиональный взгляд, большинство из них не рассматривали известные им отклонения в развитии детей с позиции системности тканевого поражения. В этой связи интерес вызывают вопросы особенностей развития детей с теми или иными отклонениями в соединительнотканых структурах, а также современные подходы к реабилитации и лечению различной соматической патологии. Занятия в Школе у слушателей нередко меняет устоявшиеся воззрения.

При скрининг-диагностике дисплазий для практикующих врачей мы предложили использовать специальный вкладыш в карту ребёнка с перечнем диспластических признаков и соответствующих им баллов. Теперь во время осмотра ребёнка педиатр во вкладыше фиксирует выявленные признаки, а после осмотра подсчитывает сумму баллов, по которой определяет наличие и выраженность дисплазии. Вкладыши позволяют создать собственную базу данных.

Поскольку целью Центров здоровья является не только выявление отклонений в состоянии здоровья, но и при необходимости направление детей на более глубокое обследование к врачам-специалистам для выявления висцеральных признаков дисплазии. Ряд детей по результатам оценки диспластических признаков приглашаются на приёмы врача-педиатра и врача ЛФК Центра здоровья для получения рекомендаций по образу жизни.

В плане работы «Школы диспластолога» предусматривается проведение занятий в образовательных учреждениях. К этому нас побудил отклик медицинских работников, полученный после публикации серии статей по ДСТ в журнале «Медработник дошкольного образовательного учреждения».

Знакомство врачей с данной проблемой должно начинаться со студенческой скамьи. Поскольку в учебных программах нет специального раздела, посвященного ДСТ, то мы доносим до них эти знания на элективных циклах, на заседаниях студенческого научного кружка. На практических занятиях при написании студенческих историй болезни выполняется УИРС по выявлению признаков ДСТ у курируемых пациентов. Клиническим интернам, ординаторам и аспирантам читаются лекции по диагностике ДСТ. Эти вопросы затрагиваются и на конкурсах профессионального мастерства.

Такая работа приносит свои плоды. Студенты и молодые учёные нашей академии включаются в научную работу по проблеме ДСТ. Уже более 10 лет мы проводим научную конференцию студентов и молодых учёных «Соединительнотканые дисплазии в практике работы врача», которая является традиционной, межкафедральной и междисциплинарной.

Для облегчения усвоения материала в мини-формате выпускается серия пособий для врачей, памятки для родителей «Дисплазия соединительной ткани».

Студенты медицинской академии вовлечены в волонтерскую группу, члены которой проводят занятия в общеобразовательных школах.

Таким образом, Центр здоровья для детей использует разнообразные подходы, направленные на повышение результативности профилактической работы с детьми.

Раздел II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

**Абрашкина Е.Д., Карманова И.В., Бурсиков А.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Во всем мире увеличивается число пожилых людей и лиц старческого возраста. По данным международных исследований, частота фибрилляции предсердий (ФП) достигает 10% у людей старше 80 лет. Наличие ФП вносит основной вклад в риск развития инсульта и ухудшения прогноза у геронтологических пациентов. Сложность осуществления лечебных и реабилитационных мероприятий при ФП определяется не только наличием и формой ФП, но и коморбидной патологией.

По литературным данным, клинически выраженная сердечная недостаточность II–IV функционального класса по NYHA наблюдается у 30% больных, а ишемическая болезнь сердца у 20% больных с ФП. Избыточная масса тела и ожирение встречаются у 25%, а сахарный диабет у 20% больных с ФП. Хронической обструктивной болезнью легких страдают 10–15% больных с ФП, хронической болезнью почек (ХБП) 10–15%. Данные о состоянии церебральных функций и их влиянии на возможность осуществления адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста с ФП ограничены.

Цель: изучить коморбидную патологию у пациентов старческого возраста с ФП и оценить ее влияние на возможность проведения мероприятий по предупреждению кардиоэмболического инсульта.

В исследование включено 64 пациента (36 мужчин и 28 женщин, средний возраст 84 ± 6 лет), находящихся на лечении в терапевтическом отделении ОБУЗ ГВВ с постоянной формой ФП. Проведено общеклиническое обследование с акцентом на имеющиеся сердечно-сосудистые и сопутствующие заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет, атеросклеротические заболевания сосудов, атеросклероз аорты, анемии), интенсивность алкоголизаций, медикаментозную терапию (НПВП, антиагреганты). Исследовали уровни креатинина, скорости клубочковой фильтрации, трансаминаз печени, показатели коагулограммы, ЭКГ, ЭХОКГ. С учетом полученных клиничко-anamnestических и лабораторно-инструментальных данных каждому пациенту по шкале CHA₂DS₂-VASc определяли риск кардиоэмболического инсульта, по шкале HAS-BLED – риск кровотечений в баллах. Все пациенты были осмотрены неврологом. По результатам тестирования с помощью шкал MMSI (Mini mental State Examination) и MoCa (Montreal

Cognitive Assessment) судили о состоянии когнитивных функций и наличии деменции разной степени выраженности.

Анализ полученных результатов показал, что в 88% случаев у пациентов с ФП имела место ХСН II–IV функционального класса по NYHA, в 81% – артериальная гипертония, в 2,1% – перенесенный инфаркт миокарда, в 2,8% – атеросклеротические заболевания сосудов нижних конечностей, в 1,8% – сахарный диабет. У 80% пациентов, осложняющим применение антикоагулянтов, было снижение скорости клубочковой фильтрации (25–59 мл/мин на 1,73 м²), соответствующее критериям ХБП 3–4 ст. Клинические проявления хронической цереброваскулярной патологии имели все пациенты. По результатам обследования все пациенты в соответствии со шкалой CHA₂DS₂–VASc были отнесены к категории очень высокого риска инсульта (≥ 3 баллов). При определении риска кровотечений по шкале HAS-BLED у 81% пациентов имела место артериальная гипертония, у большинства (81,5%) в комплекс лечения были включены дезагреганты, часть пациентов регулярно употребляла НПВС (50%). В итоге, 75% пациентов имели 3 и более факторов риска кровотечений, что осложняло назначение не прямых антикоагулянтов и лишь в 25% случаев риск развития кровотечений в соответствие со шкалой HAS BLED был незначительным. Результаты тестирования с использованием шкал MMSE и MoCa, показали наличие нарушения когнитивных функций различной степени выраженности у 85% пациентов, в том числе у 9% пациентов имела место легкая деменция (число набранных баллов 19–23), что являлось противопоказанием для назначения варфарина. У 76% пациентов наблюдался дефицит 3 или 4 когнитивных сфер: снижение внимания и концентрации, исполнительных функций, памяти, речевых функций, зрительно-конструктивных навыков, абстрактного мышления, навыков счета и ориентации. Лишь у 12% пациентов с низким риском геморрагических осложнений по шкале HAS BLED и отсутствием когнитивных нарушений имели место четкие показания и отсутствие противопоказаний для назначения варфарина.

Основную роль в профилактике инсульта, а также лечении множественной коморбидной патологии (ХСН, АГ), играет соблюдение режима приема назначенных препаратов, в том числе антикоагулянтов, как варфарина так и новых пероральных антикоагулянтов. Последние характеризуются относительно коротким периодом полувыведения и при пропуске более чем одной дозы пациент остается без антикоагулянтной защиты. Новые пероральные антикоагулянты не требуют подбора дозы по результатам специфических тестов и таким образом более удобны для больного.

Итак, ФП у пациентов старческого возраста ассоциирована с ХСН, АГ, ХБП и нарушением когнитивных функций. Профилактика тромбэмболических осложнений с использованием варфарина у лиц старческого возраста с ФП возможна в небольшой группе пациентов с низким риском кровоте-

ний и сохраненными когнитивными функциями. В осуществлении комплекса лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста с ФП, необходимо использование «новых» пероральных антикоагулянтов, имеющих лучший профиль безопасности. Для осуществления эффективного контроля за терапией абсолютному большинству (85%) пациентов старческого возраста с ФП необходимо участие среднего медицинского персонала и/или родственников пациента.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИОФАРМАКОТЕРАПИИ АРТРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХОНДРОПРОТЕКТОРА

ГЛЮКОЗАМИНА

**Алексеева Н.В., Основина И.П., Шкрадюк Т.И., Стародумова А.Л.,
Владимирцева Е.Л.**

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново

**ОБУЗ «1-я городская клиническая больница. Поликлиника № 5»,
г. Иваново**

ФГБОУ ВО ИГХТУ, Иваново

Дегенерация суставного хряща лежит в основе остеоартроза – дегенеративно-дистрофического заболевания суставов. Появление хондропротекторов было призвано решить важную проблему заболевания: предотвратить потерю трудоспособности и снизить инвалидизацию. Это привело к применению различных препаратов на основе хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата при пероральном и парентеральном способах их применения. Создание трансдермального глюкозаминового комплекса позволило вводить препарат прицельно на область суставов. Для достижения противовоспалительного эффекта и усиления проникновения через кожу в состав препарата были введены аскорбиновая кислота и диметилсульфоксид (ДМСО).

В лечении заболеваний суставов активно используются методы физиотерапии: низкочастотная магнитотерапия и ультразвук, являющиеся не только патогенетическими компонентами лечения, но и обладающие способностью усиливать активность действия ряда лекарственных препаратов и существенно повышать их способность к трансдермальному переносу в ткани. Учитывая возможность разрушения некоторых фармакологических веществ энергией физического воздействия, возникла необходимость тестирования совместного использования физических факторов и глюкозамина.

Целью настоящего исследования было определение эффективности сочетанного применения магнитотерапии и крема, содержащего глюкозамин, по методике магнитофореза, а также ультрафонофореза данного препарата. Для этого было необходимо решить следующие задачи: 1) опреде-

лить, влияют ли ультразвук и магнитное поле в терапевтической дозировке на состояние и стабильность химических связей исследуемого препарата; 2) исследовать сравнительную эффективность применения магнито- и фонофореза крема с хондропротектором.

На первом этапе работы использовали серийный физиотерапевтический аппарат УЗТ-1.01Ф (880 кГц) и аппарат магнитотерапии «Магнитер» (АМТ-02) для обработки образцов препарата. Исследуемый материал изучали с помощью инфракрасной спектроскопии с Фурье-анализом на установке Avatar 360 FT-IRESP (США) в лаборатории РЦ СМА ИГХТУ. Полученные спектры свидетельствовали об отсутствии значительных структурных изменений, а также состава исследуемого вещества. Выявлено незначительно выраженное влияние физических факторов на энтропические свойства препарата, что связано с энергетическим воздействием физических факторов.

На втором этапе проводилось клиническое исследование эффективности комплексной терапии гонартроза с использованием различных методик лечения у 30 больных: 1 группа пациентов (n = 10) получила 10 сеансов магнитофореза с исследуемым препаратом в виде крема, 2 группа (n = 10) – ультрафонофорез с хондропротектором, 3 группа (n = 10) по следовательно по 10 сеансов фоно- и магнитофореза. Оценку результатов терапии проводили с использованием визуально-аналоговую шкалы (ВАШ), индекса Лекена и шкалы WOMAC для оценки функционального дефекта суставной патологии. Все больные получали медикаментозную терапию в соответствии со стандартом.

В результате лечения к 14-му дню в 1 группе отметили существенное уменьшение интенсивности болевого синдрома, в среднем на 52,4% к стартовому показателю (на 40% в покое, на 52% при движении, на 67,7% при пальпации); индекс Лекена убывал в среднем на 51,16%, а функциональные нарушения по шкале WOMAC – на 46,13%. При этом 50% больных сократили дозу лекарственных препаратов в 1,5–2 раза, а 50% прекратили приём нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Лечение больных методом фонофореза с хондропротектором было не менее эффективным. В частности, индекс боли по ВАШ снизился на 49,21%, индекс Лекена – на 69,82%, а уровень функциональной недостаточности – на 46,79%, что привело к снижению (или отмене) НПВП. Отсутствие положительной динамики отмечено у 1 из 30 больных (3,33%). Таким образом, оба метода лечения оказали практически одинаково выраженное терапевтическое действие при гонартрозе ($p > 0,05$). Применение двух последовательных курсов фоно- и магнитофореза в 3-й группе пациентов существенно не улучшило функциональное состояние суставов по сравнению с достигнутыми результатами, тогда как показатель ощущения боли (ВАШ) показал достоверное снижение на 71,87%. Проведение более подробного анализа динамики

функционального состояния по шкале WOMAC показало, что после проведения магнитофореза с хондропротектором улучшение наступило по всем 17 пунктам шкалы, при этом балльная оценка изменилась более чем в 2 раза по 7 пунктам (функция «стоять» и «лёгкая работа по дому»). После курса ультрафонофореза положительная динамика отмечена по всем пунктам, в 2 раза по 9 пунктам, по 3 пунктам в 3 раза, по сравнению к исходным показателям. Проведение 2 последовательных курсов физиотерапии привело к улучшению функции коленных суставов более чем в 2 раза по 12 пунктам, из них в 2,5 раза – по 6. Расширение функциональных возможностей возрастало с увеличением длительности лечения.

Выводы: Методы спектроскопии визуализировали отсутствие грубых структурных изменений исследуемого препарата под воздействием физических факторов. Проведение клинических исследований по сочетанному применению физиофармакологического лечения показало их высокую эффективность и целесообразность применения в лечении больных с заболеваниями суставов. Реабилитационные мероприятия инициировали более раннее появление анальгетического эффекта, а также восстановление функции суставов, снижали медикаментозную нагрузку и повышали качество жизни.

РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА ПРИ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Аршин В.В.¹, Сушина Н.В.²

¹ Коррекционно-оздоровительный центр, г. Самара

² ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Рост заболеваемости опорно-двигательной системы (ОДС) у детей и взрослых продолжается. Обнаружено, что каждый третий ребёнок при ходьбе буквально «заваливается» в сторону будущего или уже имеющегося сколиоза; повторяющиеся асимметричные неловкие бытовые движения перегружают суставы и программируют развитие артроза суставов нижних конечностей у взрослых. При этом физическая активность без коррекции асимметричного двигательного стереотипа (ДС) усугубляет патологию.

Наибольший успех в преодолении серьёзных недугов видится нами в нормализации одной из важнейших характеристик организма человека – ДС. ДС – это совокупность двигательных нейромышечных установок на выполнение определённых движений, сумма двигательных навыков (привычек), особенность восприятия собственного положения тела в пространстве (проприорецептивная обратная связь). Он включает и двигательный автоматизм: ходьба, бег, осанка.

Цель – уточнение причин вертеброгенных и опорно-двигательных заболеваний и улучшение результатов физической реабилитации через коррекцию вредных двигательных привычек и установок ДС. Задачи: изучить нарушения двигательного стереотипа при заболеваниях ОДС; изучить нарушения ДС у лиц с недиагностированными заболеваниями в разных возрастных группах; анализировать связь заболевания и нарушений ДС; формулировать принципы коррекции ДС и реабилитации ОДС.

Методы исследования: клиническое обследование, видеозапись движений при выполнении стандартных тест-нагрузок с формализацией движений, анализ анамнеза и динамики заболеваний.

Обследованы 99 детей с патологией осанки и позвоночника, 28 – практически здоровых детей; около 100 взрослых больных и 19 – практически здоровых. Выявлены патологические двигательные привычки, приводящие к патологии и прогрессированию заболевания, типичные нарушения и асимметрии ДС способствующие деформации в ОДС. Предложены методы коррекции ДС, нарушений и деформаций в ОДС.

У 88% обследованных детей с патологией позвоночника выявлены нарушения двигательного стереотипа и его асимметрия. У детей без патологии ОДС процент двигательных нарушений значительно ниже – около 20%.

У 49% взрослых с остеохондрозом позвоночника и артрозом суставов нижних конечностей установлены нарушения ДС (в период ремиссии для исключения морбидных установок); у не предъявляющих жалоб в анамнезе взрослых, нарушения ДС выявлены в 14% случаев.

Определив значимую роль асимметрии двигательного стереотипа в формировании таких болезней и патологий, как: нейрогенная дисфункции органов, остеохондроз позвоночника, дорсалгия, артроз, сколиоз (боковое и вращательное искривление позвоночника с образованием рёберного горба), сутулость, кифоз, нарушение осанки, мы выделили успешные методики оздоровления двигательной функции:

1. Дистракционные симметричные и асимметричные физические упражнения – совмещают физическую нагрузку и мягкое эластичное растяжение позвоночника и суставов на оригинальных тренажёрах, – улучшается состояние позвоночника, мышц и суставов, снимаются даже застарелые мышечные гипертонусы, очищается двигательный автоматизм.

2. Корректирующая гимнастика с применением компенсатора осанки (заявка на международный патент PCT/RU2015/000002 опубликована Международным Агентством) или эластичного функционального корсетирования (прикрепленный груз или наложенная эластичная тяга, смещает центр тяжести, заставляя организм балансировать по-новому, перераспределяет мышечный тонус, тренирует мышцы, противоположные тем, что вызвали деформацию).

3. Индивидуальный подход.

Итак, доказанная ранее многими специалистами связь нарушения и ограничения функции движения с болезнями дополнена сведениями об обратной зависимостью болезни от патогенных двигательных привычек, способных превратить ДС в асимметричный, нерациональный, неуклюжий, травмирующий, деформирующий опорно-двигательный аппарат.

Переформатировав работу нашего Коррекционно-оздоровительного центра в г. Самаре на широкое применение оздоровления ДС как универсального средства при многих заболеваниях, привело к быстрому положительному эффекту оздоровления при болях, деформациях, дисфункциях.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОНАГРУЗОЧНОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

**Баклушина Е.А., Ястребцева И.П., Блеклов С.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Частота заболеваемости ишемическим инсультом составляет от 400 до 500 случаев на 100 тысяч человек в различных регионах России. Уровень инвалидизации пациентов, перенесших мозговую катастрофу, превышает 60%, из них 5–13% полностью лишаются способности к самообслуживанию. В связи с этим разработка эффективных методов реабилитации является приоритетной задачей, направленной на восстановление или улучшение функциональных и органических нарушений конечностей, а так же адаптации пациентов, к бытовой и социальной среде.

Цель работы: оценить результативность комбинированного применения электромиостимуляции (ЭМС) и малонагрузочной механотерапии в индивидуальной реабилитационной программе пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Обследовано 47 человек в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта головного мозга с парезом верхних конечностей легкой и умеренной степени выраженности. Основную группу (ОГ) составили 26 больных, по 13 с легким и умеренным парезом. В группу сравнения (ГС) вошел 21 пациент, из них 9 – с легким парезом, 12 – с умеренным. Пациенты ГС получали курс реабилитации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи данному контингенту больных, включающими кинезо- и эрготерапию, медикаментозное лечение. Пациенты с ОГ в дополнение к базовому курсу проходили функциональную стимуляционную и механотерапию. При поступлении в стационар всем больным проводился клинико-неврологический осмотр. Мышечная сила пораженной верхней конечности измерялась по «шестибалльной шкале оценки мышечной силы». Оценка

максимального усилия при движении паретичной руки (изометрический тест), а также выносливость данных мышц (изотонический тест) определялась на реабилитационном комплексе Primus RS (BTE Technologies, Inc. США). Амплитудно-частотные характеристики сокращения мышц фиксировались с помощью электромиографии (электромиограф «Нейро-МВП»). Тонус мышц поражённой верхней конечности определялся по Шкале спастичности Ашфорта, модифицированной R. W. Bohannon, M. B. Smith. Полученные характеристики степени функционирования верхней конечности отражались в МКФ (b 730, 735, 710), а выраженность изменений состояния здоровья больных – по шкале Ренкина и индексу мобильности Ривермид. Обследование осуществлялось дважды: в начале и после прохождения курса реабилитации в Клинике ИВГМА. У пациентов ОГ механотерапия включала ежедневный тренинг в течение 1 часа на реабилитационном комплексе Primus RS, в качестве нагрузки использовалось 5%-ное отягощение от величины максимальной силы, полученной при выполнении большим человеком изометрического теста. Курс ЭМС на «Системе RT 300» m. triceps brachii, m. extensor carpi ulnaris radialis составлял 10 сеансов. Сила воздействия соответствовала подпороговым величинам. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием программы Statistica 7.0. Различия считались статистически достоверными на уровне значимости $p < 0,05$.

При оценке функционирования пораженных верхних конечностей, установлено: по показателю «сила дистальных и проксимальных отделов руки» (b730) у 15,4% пациентов ОГ и 9,5% КГ произошло улучшение в 1 балл, у остальных пациентов показатели остались прежними ($p > 0,05$). Соответствующие данные были получены и в доменах «тонус мышц» (b735), «подвижность плечевого и лучезапястного суставов» (b 710). Так же отмечена тенденция к улучшению показателей по шкалам спастичности Афшорта, Ренкина и силы мышц по шестибальной шкале, что свидетельствует об отсутствии статистически значимых клинических изменений при прохождении данного короткого курса реабилитации у пациентов ОГ по сравнению с контрольной. При проведении тестирования по индексу мобильности Ривермид, у 2/3 (66,7%) больных ОГ отмечалось увеличение на 1 балл, тогда как у лиц ГС подобных изменений не наблюдалось.

При проведении малонагрузочного тренинга у пациентов ОГ отмечалось увеличение силы мышц поражённой конечности на 19,0%, против 8,2% лиц ГС ($p < 0,05$). При оценке показателя работы по результатам изотонического теста отмечалось увеличение показателей на 24,2% в ОГ (в ГС – на 2,3%) ($p < 0,05$). Изменение показателей объема движений в ОГ выросло на 26,8%, против 7,8% ГС ($p < 0,05$). По данным ЭМГ наблюдалось увеличение амплитуды ответа обследованных мышц. Так, в ОГ критерий Wilcoxon составил 0,00 для обеих мышц; ($p < 0,05$), в ГС: m. triceps brachii – 16,00,

m. extensor carpi ulnaris radialis – 32,00; ($p > 0,05$). В ОГ отмечено увеличение амплитуды ответа m. triceps brachii на 16,5% и m. extensor carpi ulnaris radialis – 18,2% (против 5,8 и 5,6% в ГС соответственно; $p < 0,05$).

Таким образом, комбинированное использование методов функциональной электромиостимуляции и малонагрузочной механотерапии приводит к увеличению максимальной силы, выносливости и амплитуды ответа мышц пораженных верхних конечностей, опережая проявления, выявляемые традиционными клиническими способами. Данные методики воздействия могут быть использованы для повышения чувствительности оценки результативности реабилитационных программ.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ

В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

**Белова Г.В., Азоркин И.А., Будникова Н.В., Романенко И.А.,
Власова И.Б.**

**ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ ГКБ № 3, поликлиника № 3, г. Иваново**

Реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) – актуальная проблема амбулаторной медицины. Сформированная в настоящее время система реабилитации больных позволяет провести ее на базе специализированных кардиологических учреждений, что значительно снижает риск развития повторной коронарной катастрофы. Однако часть пациентов в силу возраста и тяжелой сопутствующей патологии реабилитацию проходят в территориальных поликлиниках под наблюдением участковых врачей-терапевтов.

Цель исследования: проанализировать место повторного инфаркта миокарда (ПИМ) в общей картине заболеваемости ИБС и оценить фармако-терапии, которую получали пациенты в рамках реабилитации после перенесённого ПИМ в условиях территориальной поликлиники.

Проанализированы все случаи регистрации ОИМ (в т. ч. ПИМ) по данным первичной медицинской документации пациентов, постоянно наблюдающиеся в территориальной поликлинике г. Иваново за период с 2011 по 2015 г., выделена группа пациентов с ПИМ, которая проходила реабилитацию в условиях поликлиники.

Всего за указанный период было зарегистрировано 365 ИМ, из них первичных 241 (66,0%), повторных – 124 (34,0%). Женщин с первичным ИМ было 88 (36,5%), мужчин – 153 (63,5%). Женщин с ПИМ – 61 – 49,2%, ИМ – 63 (50,8%). Мы выделили 2 группы пациентов, проходивших реби-

литацию в условиях поликлиники: 1-я группа – 24 больных (35,3%) с развившимся ПИМ до конца 2015 г., 2 группа – 44 (64,7%) без ПИМ. В обеих группах стаж АГ составил более 15 лет ($17 \pm 2,4$ г.), наличие сопутствующей патологии других органов и систем имело место у 45,8 и 27,2%, СД – у 45,8 и 45,5%, осложнения в раннем периоде ИМ – у 58,3 и 36,4%. Отмечен повышенный риск развития ОНМК у пациентов в обеих группах (50,0% в группе, имеющей ПИМ, и 27,3% в группе с единственным ИМ). При анализе медикаментозной терапии выявлено, что для лечения основного заболевания и сопутствующей патологии в 1 группе получали 4 препарата 25,0% пациентов, 5 – 51,2%, 6 и более – 20,8%, во 2 группе – 27,3; 50,0 и 22,7% соответственно. β -адреноблокаторы получали 20 (83,3%) больных 1 группы и 38 (86,4%) 2, при этом основным препаратом был бисопролол (88,2%). Статины назначались 21 (87,5%) больному 1 группы и 36 (81,8%) больным 2. По частоте назначения на первом месте в обеих группах был аторвастатин (66,7 и 77,3%). Антиагрегантная терапия получали 100% больных в обеих группах, однако двойная антиагрегантная терапия в 1 группе была у 20 (83,3%) пациентов (кардиомагнил + клопидогрел или тромбоАСС + клопидогрел), во 2 – только у 24 (52,3%), Цитопротекторы назначались 28,8 и 27,3% пациентам, пролангированные нитраты в 1 группе в 2 раза чаще, чем во 2 (41,7 и 18,2%). ИАПФ получали 24 пациентов (100%) в 1 группе и 32 (72,7%) во 2, наиболее часто назначался амприлан – 70,8 и 77,2% соответственно. Сопутствующая антигипертензивная терапия назначалась в 100% в обеих группах. Лечение сопутствующего СД получали 100% пациентов в обеих группах, изменения схемы лечения до и после инфаркта не отмечено. Кратность наблюдения участковым терапевтом больных в течение года после перенесенного ИМ составила 1 посещение в 1,4 месяца, после ПИМ – 1 посещение в 0,7 месяца, при этом частота вызова врача на дом в группе больных ПИМ составила 5,2 вызова в течение года, а в группе больных, перенесших ИМ – 2,4. Оценить немедикаментозную коррекцию не представлялось возможным в связи с отсутствием в 82,4% записей о ее проведении в первичной медицинской документации.

Итак, при выборе фармакотерапии врачи территориальных поликлиник следовали Рекомендациям ВНОК по лечению больных, перенесших инфаркт миокарда. В группе больных, перенесших ПИМ, чаще назначалась комплексная терапия из сочетания двойной антиагрегантной терапии со статинами и β -адреноблокаторами – в 75,0% (18 больных). Часть пациентов при отсутствии противопоказаний не получала статины и β -адреноблокаторы. Одной из проблем фармакотерапии оказалась низкая приверженность пациентов рекомендациям врача, однако в группе больных, перенесших ПИМ, она была выше.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Блинова К.А., Лапочкина Н.П.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

К настоящему времени в России живет более 2 миллионов женщин, перенесших радикальное лечение рака молочной железы (РМЖ) и считающихся практически здоровыми (Летягин В. П., 2008). При этом эффективность современных методов, к сожалению, часто нивелируется осложнениями самого лечения РМЖ, т. н. «постмастэктомическим синдромом» (ПМЭС) (Кирсанов М. Ю., 2008; Шихкеримов Р. К., 2008), который обуславливает резкое снижение качества жизни больных (Залуцкий И. В., 2007; Магомедов М. М., 2009). Пациентки, являясь, по сути, излеченными, не могут считаться здоровыми, т. к. стойкость возникших функциональных нарушений верхней конечности часто не позволяет им осуществлять полноценного самообслуживания. Разработка и внедрение в практику комплексного и патогенетически обоснованного метода лечения больных с ПМЭС, разработка и внедрение инновационных технологий терапии крайне востребованы и могут значительно улучшить качество жизни больных.

Цель – оценить эффективность восстановительного лечения постмастэктомического синдрома у женщин, возникшего после радикального лечения рака молочной железы.

Обследованы 34 пациентки в возрасте $53,4 \pm 10,17$ лет, поступившие в клинику ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России на III этап медицинской реабилитации для лечения ПМЭС средней степени тяжести, развившегося в срок от 6 месяцев до 5 лет и более в течение 2014–2015 года. Длительность течения ПМЭС у женщин после комбинированного лечения РМЖ составила: до двух лет – у 45,3%, от 2,1 года до 5 лет – у 32,7% и более 5 лет – у 22,0%. Всем было проведено обследование: собран анамнез, выполнено антропометрическое измерение, взяты клинические анализы, до и после лечения было проведено измерение амплитуды движений в плечевом суставе, электронейромиография (ЭНМГ), тестирование на PrimusRS (универсальный комплекс для функциональной оценки диагностики и реабилитации опорно-двигательного аппарата, работает в пассивном и активном режимах). Комплексное восстановительное лечение было проведено всем пациенткам. Медикаментозная терапия улучшающими микроциркуляцию и нестероидными противовоспалительными препаратами и проводилась по показаниям. Немедикаментозное лечение включало велоэргометрию, пневмо- и лимфодренажный массаж, групповую лечебную физкультуру для верхних конечностей, вихревые ванны, магнито- и психотерапию.

Среди обследованных преобладали неработающие (57,5%; $p > 0,05$) жительницы города (69,7%; $p < 0,05$), без вредных привычек (95,7%;

$p < 0,05$). Из сопутствующих заболеваний имелись преимущественно метаболические нарушения (87,9%; $p < 0,05$) с абдоминальным типом ожирения (100%), артериальной гипертензией (62,29%; $p < 0,05$), дислипидемией (43,23%; $p < 0,05$). ПМЭС клинически проявлялся лимфостазом верхней конечности (100%), нейропатией подмышечного нерва с парезом руки (27,1%) и гипестезией в области иннервации подмышечного нерва со стороны мастэктомии (32,41%), психозмоционального дискомфорта в виде личностной неудовлетворенности, разобщенности, ригидности семейной системы (100%). Комплексная терапия способствовала увеличению амплитуды движений в плечевом суставе (во фронтальной плоскости: до $-110-0-0 \pm 340$, после $-170-0-0 \pm 15,20$; $p < 0,05$; в сагитальной плоскости: до $-100-0-50 \pm 16,50$, после $-170-0-60 \pm 11,30$; $p < 0,05$); уменьшению объема верхней конечности на стороне МЭ (на уровне середины кисти через основание *m. thenar* при отведенном 1 пальце до $-20 \pm 3,5$ см, после $-17 \pm 2,6$ см; $p < 0,05$; на уровне лучезапястного сустава до $-24, 2 \pm 3,1$ см, после $-18,6 \pm 2,9$ см; $p < 0,05$; на уровне средней трети предплечья до $-28,3 \pm 4,1$ см, после $-23,1 \pm 3,8$ см; $p < 0,05$; на уровне локтевого отростка через локтевой сустав до $-33,7 \pm 5,1$ см, после $-26,5 \pm 2,9$ см; $p < 0,05$; на 5 см выше локтевого сгиба до $-36,6 \pm 3,8$ см, после $-27,9 \pm 2,6$ см; $p < 0,05$; на 5 см ниже подмышечной впадины до $-41 \pm 4,2$ см, после $-35,9 \pm 3,8$ см; $p < 0,05$); увеличение силы захвата руки на стороне МЭ (до $-178,8 \pm 13,54$ Н; после $-196,5 \pm 20,11$ Н; $p < 0,05$); увеличение амплитуды ответов с дельтовидной (до $-748,73 \pm 92,41$ мкВ, после $-879,66 \pm 123$ мкВ; $p < 0,05$) и надостной (до $-402,96 \pm 16,35$ мкВ, после $-446,8 \pm 33,32$ мкВ; $p < 0,05$) мышц.

Таким образом, все пациентки, получившие специальное лечение по поводу РМЖ и имеющие проявления ПМЭС, нуждаются в проведении комплекса реабилитационных мероприятий. Использование методов немедикаментозной и медикаментозной терапии на любом этапе реабилитации позволяет снизить вероятность осложнений и повысить качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде. В результате проведения комплексного лечения, независимо от длительности течения ПМЭС, отмечалось увеличение объема движений в плечевом суставе, уменьшение объема верхней конечности, восстановление чувствительности в области иннервации подмышечного нерва со стороны МЭ. Все без исключения больные, перенесшие радикальное лечение по поводу РМЖ, крайне нуждаются в психотерапевтической помощи, своевременное проведение которой способствует заметному улучшению самочувствия, соматического состояния, повышению качества жизни. Поэтому представляется целесообразной организация специализированных кабинетов реабилитации в поликлиниках по месту жительства этих больных и областных онкодиспансерах.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ МЕТОДИК РЕАБИЛИТАЦИИ В ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИИ

**Быков А.А., Тычкова Н.В., Быкова Н.А.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ ИОКЦМР, г. Иваново**

В процессе медицинской реабилитации пациентов с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы помимо медикаментозной терапии широко используются различные рефлекторные методики воздействия – мануальной и рефлексотерапии, кинезотерапии, физио- и бальнеолечения. Нами предпринята попытка оценки сочетанного использования рефлекторных методик при коррекции вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы.

Группу использованных составили 165 пациентов с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы, в возрасте от 34 до 76 лет, 91 мужчина и 74 женщины, средний возраст $47,4 \pm 5,6$ года. Поражение шейного отдела позвоночника отмечалось у 40 пациентов, у 44 – грудного, у 79 – поясничного, сочетанное поражение – у 31. Отдельно выделена группа из 58 пациентов с сочетанием вертеброгенных расстройств и центрального двигательного дефекта при органическом поражении головного мозга в результате различных причин (нарушения мозгового кровообращения, последствия энцефалита, оперативного вмешательства на головном мозге по поводу травмы, опухоли, нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу). Двигательный дефект по типу гемипареза легкой степени отмечался у 13 пациентов, выраженный – у 40, у 5 – грубый. Расстройства тонуса по пирамидному выявлены у 56 больного, по экстрапирамидному у одного, по типу децеребрационной ригидности – у одного. Применялись следующие методы исследования: анамнестический, клинический, методы оценки общесоматического статуса, общепринятое неврологическое и вертеброневрологическое обследование, мануальное тестирование и терапия, функциональные методы исследования (полярография, стабилорография, изучение опорных реакций, компьютерная кифосколиозография). Стандартное вертеброневрологическое обследование дополнялось курвиметрией, гониометрией, миотонометрией, тензоальгиметрией. Большей части больных (142) проводилось рентгенологическое исследование шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, плечевого сустава, 128 – ЯМРТ либо КТГ, части – у 12 пациентов – полярографическое исследование. У всех исследованных зафиксированы патобиомеханические изменения в суставах позвоночного столба, грудинно-ключичном, ключично-акромиальном, реберно-поперечных и реберно-грудинных, крестцово-подвздошных и симфизарных сочленениях. У 97 отмечался сколиоз. Установлено, что у большинства пациентов (71%) с грыжами межпозвоночных

дисков существенно изменилось течение заболевания, в виде значительной прогрессивности процесса на фоне поздней обращаемости, и у 85% выявлено снижение комплаентности. Изменения в виде периартроза суставов конечностей отмечались у всех пациентов с центральным двигательным дефектом, наиболее часто (у 43) пациентов отмечался периартроз плечевого сустава, у 13 пациентов ортопедом была зафиксирована приводящая умеренно выраженная контрактура плечевого сустава, у 2 больных выраженная контрактура захватывала все суставы верхней конечности. Направление функционального блока (ФБ) обычно определяли центральные двигательные расстройства, выраженность ФБ коррелировала с выраженностью пареза. У всех пациентов в мышцах плечевого и тазового пояса, мышцах туловища, шеи, черепа выявлялись миофасциальные триггерные пункты (ТП), у всех выявлены атипичные локомоторные паттерны (АЛП) движений в суставах конечностей и позвоночника, патологические сложные стереотипы движений (ходьбы). Проводимое лечение обязательно включало мануальную терапию и гирудотерапию, у 72 – сочетание данных методик с СКЭНАР-терапией, у 62 – с рефлексотерапией, включая фармакопунктуру, 18 – с СКЭНАР и рефлексотерапией. Использовались мягкотканые техники мануальной терапии, мобилизации, манипуляции а так же проводилась редукция атипичных локомоторных паттернов и коррекция двигательного стереотипа. Одна процедура обязательно включала работу на ключевых зонах, нормализацию, последовательно, с учётом спиральных взаимодействий. Установка пиявок проводилась в актуальных зонах позвоночника и конечностей, часто в области расположения заблокированных ставов и миофасциальных триггерных пунктов, рефлексотерапевтические методики включали воздействие корпоральными иглами, микроиглами, фармакопунктуру и баночный зональный массаж. СКЭНАР-терапия (аппаратом СКЭНАР-97, исполнение 2) включала зону работы «по жалобе пациента», методики «три дорожки, шесть точек» и выход на «горизонталь» в актуальной зоне, по показаниям обрабатывались зоны стоп и ладоней, воротниковая зона, зона живота. Применялся объективно дозированный и субъективно дозированные режимы в сочетании с правилом «однородной» среды, осуществлялся активный поиск зон малой асимметрии и их отработка. Максимальный эффект отмечался при сочетании мануальной терапии, гирудотерапии со СКЭНАР-терапией и рефлексотерапией. Использование диагностического и лечебного аппарата мануальной медицины, рефлексотерапии, гирудотерапии и СКЭНАР-терапии у больных с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы позволяет более точно описать имеющиеся у пациента нарушения, выявить скрытые дефекты нервной системы, вычлнить центральный и периферический компонент расстройств мышечного тонуса. Рефлекторные методики позволяют комплексно воздействовать на механизмы саногенеза, купировать блок ликворных пространств

у пациентов с грыжевым воздействием на дуральный мешок, провести коррекцию имеющихся патобиомеханических нарушений, что в целом позволяет повысить качество медицинской реабилитации подобных пациентов.

РОЛЬ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ТРИГГЕРНЫХ ПУНКТОВ В НАРУШЕНИЯХ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА БОЛЬНОГО И ПАТОПЛАСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Быков А.А., Тычкова Н.В., Новосельский А.Н., Пузырев О.И.
ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Огромная роль в формировании нарушений двигательного стереотипа принадлежит миофасциальным триггерным пунктам (ТП). При пальпаторном исследовании 60 детей в возрасте $6,2 \pm 0,36$ лет мы обнаруживали латентные ТП в мышцах, поднимающих лопатку, и икроножных мышцах у 86% исследуемых, а у 261 студента ИГМА в возрасте $19,45 \pm 1,12$ – у всех. У 25% (из 600) пациентов детского нейроортопедического отделения именно ТП в различных участках разгибателя спины были причиной вертебральных рефлекторных синдромов (2001).

В целях объективизации данных пальпаторного исследования нами (Быков А. А., Новосельский А. Н., 1990) был разработан метод ультразвукового исследования миофасциальных ТП. При нейромиодистрофии ультразвуковое исследование показывает наличие очага поражения без четких границ с постепенно возрастающей плотностью к центру, иногда (при наличии локального мышечного гипертонуса) выявляется перифокальная зона уплотнения. У лиц с миофиброзом при ультразвуковом исследовании имеет место более четкий контур очага поражения с большей его плотностью.

Многочисленные исследователи изучали роль миофасциальных триггерных пунктов (МФТП) в клинике вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы, известна роль патобиомеханических нарушений и дорсопатий в формировании осложнений восстановительного периода (периартрозы, контрактуры) при центральном двигательном дефекте. Нами были описаны сложные двигательные и сосудистые реакции при раздражении ТП у лиц с органическим дефектом головного мозга, при этом наблюдения показали, что у некоторых больных различных нозологических групп подобные феномены, вызываемые при раздражении миофасциальных уплотнений, определяют клиническую картину, являются одной из ведущих жалоб, а болью раздражение триггеров порой не сопровождалось. Выявленные реакции по распространенности мы разделили на генерализованные, региональные и локальные, а по типу ответа на двигательные и сосудистые. Было установлено, что у всех пациентов со сложными двигательными или

сосудистыми реакциями имелся церебральный дефект в виде различных изменений в зоне, кровоснабжаемой вертебральной артерией. В условиях нормально функционирующего головного мозга мышечные уплотнения не являются курком, нажатие на который вызывает данный импульсный механизм. Это нажатие лишь провоцирует церебральный механизм, существующий и независимо от периферического мышечного очага, раздражение триггерного пункта проявляет существующий церебральный дефект. При поражении ЦНС реализация двигательных, включая тонические расстройств, включает и периферический компонент, причем в формировании клинической картины двигательных нарушений большая роль принадлежит миофасциальным уплотнениям: мышечные спазмы обуславливают развитие болевой контрактуры. Это особенно важно в случае рассеянного, неравномерного центрального поражения двигательной иннервации. При этом функционирующие мышцы начинают работать в частично неадекватных режимах, что ведет к перегрузкам, активизации болевых реакций.

Мы обнаружили также другое неизвестное свойство ТП. У лиц с двигательным дефектом вследствие травм позвоночника и компрессионным повреждением спинного мозга на разных уровнях и различной степени выраженности, при раздражении миофасциальных триггерных пунктов возникают рефлекторные ответы по типу склеротомной отдачи в зонах полной или частичной утраты всех видов чувствительности или диссоциативных чувствительных расстройств ниже уровня поражения, распространяясь в дистальном от уровня надавливания направлении и реже – проксимальном. Проведенные в динамике исследования выявили угасание отдаленных ощущений и их рисунка на фоне регресса двигательных и чувствительных расстройств.

Уровень микроциркуляторного обеспечения был изучен совместно с физиологом В. И. Ермиловым методом игольчатой полярографии. Игла вводилась послойно, при этом попадание в триггерный пункт воспринималось как прокалывание мембраны. Параллельно фиксировались все ощущения испытуемого. Возникающая при попадании иглы в триггер боль носила склеротомный характер. В то время как в норме мышечный pO_2 находился, с учётом индивидуальных различий, в пределах 24–32 мм рт. ст. (среднее $29,1 \pm 1,8$) и был устойчив, в области триггерных пунктов pO_2 резко отклонялся либо в сторону более высоких значений ($59,6 \pm 4,8$), либо в сторону низких значений, вплоть до 0 ($t = 4,85$), что позволило выделить уровни микроциркуляции (граница, периферия и центр триггерного пункта). При проведении проб (болевое, тактильное, вибрационное раздражение и др.) установлено свойство ТП отвечать, подобно антенне, на любое раздражение резкими изменениями уровня потребления кислорода. Установлено свойство триггера мгновенно отвечать практически на ВСЕ раздражители резкими колебаниями уровня потребления кислорода. Это свойство триггера

позволяет объяснить или уточнить некоторые механизмы обострений при вертеброгенных заболеваниях периферической нервной системы, таких, как обострение после нервно-психического перенапряжения или при переохлаждении, а также участие ТП в механизмах памяти на периферии. По-видимому, реализация обнаруженных феноменов происходит в межсистемных отношениях по типу доминанты А. А. Ухтомского (1911). Взаимоотношения нервной системы и структур опорно-двигательного аппарата сложны и до конца не изучены. В 1985 Н. В. Михайловым опубликованы материалы о ненервных элементах рефлекторных путей в организме. Этими элементами являются соединительно-тканные образования.

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА ПО ФЕЛЬДЕНКРАЙЗУ ПРИ СИНДРОМЕ ИГНОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Губина И.Л.¹, Корноухова И.Б.², Савельева И.Е.³

¹ ОБУЗ ГКБ№ 3, г. Иваново

² ОБУЗ ИвОКБ

³ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Одной из нерешенных проблем неврологии при проведении реабилитации пациентов, перенесших инсульт, является восстановительное лечение больных, страдающих синдромом игнорирования (неглекта). При одностороннем синдроме игнорирования происходит минимальное восстановление двигательных, чувствительных, координаторных и когнитивных функций, что приводит к низкому уровню бытовой адаптации (Хэйдман М., 2014). Особенно заметно отсутствие восстановления бытовых навыков у пациентов с умеренным двигательным дефицитом, что приводит к росту частоты их инвалидизации (Punt T. D., Riddoch M. J., 2002). Поэтому продолжается поиск новых способов реабилитации постинсультных больных с неглектом (Адамидис С., 2016). В работах последних десятилетий показана высокая эффективность некоторых методов кинезотерапии, психотерапевтической рефлексологии и телесно ориентированной психотерапии (Савельева И.Е., 1996, 2015), но исследований в данной области, к сожалению, всё также крайне недостаточно.

Целью нашей работы было повышение качества восстановительного лечения больных в остром периоде инсульта.

Проводилось динамическое наблюдение за реабилитационным процессом 14 пациентов в остром периоде инсульта с синдромом игнорирования с момента их поступления в отделение ранней реабилитации. Дополнительно к базовому лечению нами проводилась гимнастика Фельденкрайза, относящаяся к современным методикам кинезотерапии и телесно-

ориентированной психотерапии. При занятиях с пациентами использовался вариант глазодвигательной гимнастики по Фельденкрайзу в сочетании с движениями головы, верхнего плечевого пояса. При обследовании больных, с целью достоверной оценки результатов, использовались шкалы Ривермид, Бартела, тест для руки Френчай, оценка мышечного тонуса по Эшворту. Группа сравнения, сопоставимая с основной группой по полу и возрасту, составила 20 пациентов в остром периоде инсульта, которым не проводилась указанная выше гимнастика.

В результате проведенных наблюдений было замечено, что у пациентов, в программу которых входила гимнастика Фельденкрайза, значительно улучшился (в 38%), по сравнению со второй группой больных, зрительный контроль за пораженными конечностями, произошло более заметное (на 12% больше) выравнивание мышечного тонуса, на 2% уменьшилась выраженность синдрома отталкивания, который встречался у 15% наших пациентов с синдромом игнорирования. Кроме того, объективно улучшилось динамическое и статическое равновесие, изменилось восприятие своих возможностей, увеличилась мотивация к выздоровлению.

Согласно результатам настоящего наблюдения пациентов после инсульта с синдромом неглекта, глазодвигательная гимнастика по Фельденкрайзу повышает эффективность проводимого восстановительного лечения, увеличивая степень восстановления двигательных функций пациентов, уровень их бытовой адаптации и, соответственно, качество жизни. После полученных положительных результатов мы будем использовать данную методику в своей работе и рекомендовать своим коллегам.

**ДИНАМИКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА
В ПРОЦЕССЕ ТРЕХМЕСЯЧНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**

**Довгалюк Ю.В., Мишина И.Е., Архипова С.Л., Суханова Д.С.,
Белова В.В.**

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Сократительная способность миокарда левого желудочка (ЛЖ) является надежным маркером поражения сердца при остром коронарном синдроме (ОКС). Его динамика может служить одним из показателей эффективности последующих реабилитационных мероприятий.

Цель: оценить динамику эхокардиографических показателей у больных, перенесших ОКС, до начала и после завершения амбулаторной программы 3-го этапа кардиореабилитации на базе клиники ИвГМА.

В исследование было включено 24 пациента (15 мужчины и 9 женщин,

средний возраст – $60,0 \pm 7,6$ года), находящихся на поликлиническом этапе реабилитации после перенесенного ОКС. Из них 70% до поступления на 3 этап реабилитации перенесли ОКС с исходом в острый инфаркт миокарда, у 30% диагностирована нестабильная стенокардия. Каждому больному членами мультидисциплинарной бригады были сформулированы цели и разработана индивидуальная программа 3-го этапа реабилитации продолжительностью до 3 месяцев, включавшая: 1) выявление и коррекцию факторов риска ишемической болезни сердца (курение, дислипидемия, ожирение, сахарный диабет 2 типа, диетические рекомендации); 2) физическую реабилитацию (индивидуальная лечебная физкультура, кардиотренажеры – 20–30 минут 2–3 раза в неделю, дозированная ходьба ежедневно); 3) психологическую реабилитацию (выявление уровня тревоги и депрессии, психотерапевтическая коррекция, школа здоровья); 4) вторичную профилактику (медикаментозная терапия: бетаблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, дезагреганты и статины).

Всем больным до и после окончания программы было проведено эхокардиографическое обследование по стандартной методике. Сократительная активность ЛЖ (домен b4102 международной классификации функционирования) оценивалась по величине фракции выброса (ФВ). Степень нарушения сократительной функции миокарда ЛЖ определялась согласно градации снижения ФВ, предложенной в Российских рекомендациях по оценке структуры и функции сердца (2012 г.): b4102.0 – ФВ $\geq 55\%$, b4102.1 ФВ = 45–54% b4102.2 – ФВ = 30–44%, b4102.3 – ФВ $< 30\%$.

Если до начала курса кардиореабилитации только 17 пациентов имели ФВ ЛЖ выше 55% (b4102.0), то после его завершения число таких больных возросло до 21. Число лиц с незначительной систолической дисфункцией (b4102.1) сократилось вдвое (с 25 до 12,5%). У одного пациента до начала программы кардиореабилитации ФВ составила 42% (b4102.2), а после ее завершения повысилась до 69% (b4102.0). Среди обследованных пациентов с ФВ $< 30\%$ не было.

Итак, ФВ ЛЖ является одним из наиболее информативных эхокардиографических показателей, характеризующих динамику сократительной активности миокарда ЛЖ в процессе кардиореабилитации. Применение программы амбулаторной кардиореабилитации на базе клиники ИвГМА для больных, перенесших ОКС, через 3 месяца привело к уменьшению выраженности систолической дисфункции ЛЖ.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

**Довгалюк Ю.В., Мишина И.Е., Архипова С.Л., Суханова Д.С.,
Баклушин А.Е., Белова В.В., Пануева Н.Н.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Медицинская реабилитация является одним из ведущих направлений развития медицины XXI века. Теоретической основой для определения стратегии медицинской реабилитации является трехмерная концепция нарушений здоровья — Международная классификация функционирования, ограничения деятельности и здоровья (МКФ). С помощью набора категорий здоровья и связанных со здоровьем МКФ позволяет оценить реабилитационный профиль пациента, а по динамике основных категорий — интегральный показатель — эффективность реабилитации.

Цель: разработка методологии применения классификации МКФ для оценки эффективности трехнедельного курса медицинской реабилитации лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на базе клиники ИвГМА.

В исследование было включено 347 пациентов (234 мужчины и 113 женщины, средний возраст — $59,3 \pm 8,5$ года), прошедших трехнедельный курс реабилитации в условиях дневного кардиореабилитационного стационара клиники ИвГМА. Из них 70% до поступления на 3 этап реабилитации перенесли острый коронарный синдром (ОКС) с исходом в нестабильную стенокардию или острый инфаркт миокарда, 6% направлены после планового чрескожного коронарного вмешательства по поводу стенокардии напряжения 3–4 ФК, 23% поступили для прохождения повторного курса кардиореабилитации и имели стабильные формы ИБС. Каждому поступившему пациенту членами мультидисциплинарной бригады были сформулированы цели и назначена индивидуальная программа реабилитации, включавшая: 1) выявление и коррекцию факторов риска ИБС (курение, дислипидемия, ожирение, СД 2 типа, диетические рекомендации); 2) физическую реабилитацию (групповая ЛФК (20–30 минут), кардиотренажеры, дозированная ходьба); 3) психологическую реабилитацию (выявление уровня тревоги и депрессии, индивидуальная и групповая релаксация, психотерапевтическая коррекция, школа здоровья); 4) вторичную профилактику (медикаментозная терапия: β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, дезагреганты, статины).

В качестве критериев эффективности реабилитационной программы из МКФ были отобраны следующие домены, характеризующие функциональное состояние сердечно-сосудистой системы пациентов: b28011 — боль в грудной клетке, b4102 — сократительная сила миокарда желудочков, b4200 — повышение артериального давления, b450 — ходьба, b4550 — общая физическая выносливость, b460 — ощущения, связанные с функционированием

сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Каждый из доменов оценивался с использованием универсальной шкалы оценки тяжести нарушений МКФ: 0 (0–4%) – нет проблем, 1 (5–24%) – легкие проблемы, 2 (25–49%) – умеренные проблемы, 3 (50–95%) – тяжелые проблемы, 4 (96–100%) – абсолютные проблемы.

По завершению курса кардиореабилитации количество пациентов с сохраненной фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) (b4102.0) возросло с 71 до 88%, а число больных с незначительной систолической дисфункцией (b4102.1) сократилось вдвое (с 25 до 13%). У 4,2% обследованных с умеренными нарушениями сократительной функции ЛЖ при выписке ФВЛЖ нормализовалась.

При анализе динамики АД выявлено, что число больных с нормальными его значениями (b4200.0) возросло почти вдвое (с 30 до 58%), а лиц с артериальной гипертензией 1 степени сократилось с 34 до 16%.

Контролируемые физические тренировки привели к тому, что 7% больных улучшили физическую выносливость с низкой (b4550.4) до средней (b4550.3), более 50% сохранили среднюю толерантность к физической нагрузке (b4550.2), а число больных с высокой степенью физической выносливости увеличилось более чем в 2 раза (с 14 до 32%).

По данным опросника качества жизни, при стенокардии в процессе реабилитации не испытывали боль в грудной клетке (b2800.0) 48% больных. Значительно реже (b2800.1) стенокардия возникала у 21% пациентов, чуть реже (b2800.2) – у 15%, проходивших реабилитацию.

В процессе кардиореабилитации число больных, проходивших в тесте 6-минутной ходьбы более 450 метров (b450.1), возросло с 50 до 67%, а т лиц, преодолевших дистанцию в 375–450 метров (b450.2), – более чем в 2 раза (с 10 до 24%).

По завершении курса кардиореабилитации число больных, испытывавших одышку при незначительных физических нагрузках (b 460.3), уменьшилось с 39 до 22%, а пациентов с незначительной одышкой (b460.1) возросло с 24 до 34%.

Итак, применение МКФ помогает комплексно и в количественном выражении оценить эффективность 3-недельной программы кардиореабилитации больных ИБС, разработанной на базе клиники ИвГМА. Данная программа реабилитации больных ИБС продемонстрировала свою эффективность по всем основным ее направлениям: уменьшает уровень тревожных и депрессивных расстройств, способствует урежению частоты и выраженности стенокардии и одышки, обладает дополнительным гипотензивным эффектом, улучшает метаболические функции, повышает толерантность к физической нагрузке. МКФ может служить валидизированным инструментом сравнения эффективности различных программ кардиореабилитации.

РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА

**Егорова М.В., Рутковская А.В., Червинская А.Д.
ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского**

Все дети с врождённой с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и нёба являются инвалидами детства. Они нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, особом уходе и воспитании. Данная патология характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями. Процессы роста и развития совершаются крайне интенсивно, причем степень интенсивности, наибольшая в течение первого года жизни ребенка. Учитывая интенсивность роста в первые годы жизни ребёнка и теорию равновесия объекта, на который действует неуравновешенная сила, необходимо у детей с ВРГН оправданно быстро восстановить анатомическую, функциональную и эстетическую норму, для быстрого наступления выздоровления. Комплексный подход стал единственно возможным и только он приносит оптимальные результаты.

Цель – оптимизировать возрастные показатели раннего лечения и реабилитации детей с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и нёба.

Задачи: 1. Восстановить анатомическую, функциональную, нейромышечную целостность в полном объёме в раннем возрасте. 2. Провести первичные хирургические операции в возрасте до 1.5 лет. Сократить количество хирургических вмешательств в дошкольном и школьном возрасте. 3. Уменьшить объём ортодонтического и логопедического лечения в дошкольном и школьном возрасте. 4. Предотвратить на ранних этапах возникновение сопутствующей патологии ЛОР-органов, соматических заболеваний и состояние психоэмоционального статуса. 5. Улучшить качество жизни ребёнка, сократить сроки инвалидизации. 6. Повысить экономическую эффективность комплексного лечения.

Основной задачей первого этапа раннего лечения детей с врождённой расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и нёба является подготовка к хирургическому вмешательству. На данном этапе необходимо восстановить анатомическую форму верхней челюсти, сократив диастаз альвеолярных отростков, воссоздать правильную форму купола и нормализовать правильное соотношение челюстей.

Всем детям было проведено ортодонтическое лечение на съёмных аппаратах. В случае отсутствия положительного результата к сроку до 6 месяцев переходили на лечение с помощью несъёмных аппаратов с внутрикостной фиксацией, благодаря которой в конструкцию пластинок вводятся активные элементы для перемещения расщеплённых фрагментов. Изначально

в качестве активного элемента использовали силиконовые эластичные цепочки. При этом удалось сократить сроки предоперационной подготовки в 2 раза, полностью нормализовать анатомическую форму верхней челюсти, устранить диастаз, уменьшить количество посещений врача-ортодонта и избежать осложнений в послеоперационном периоде. Благодаря проведённому ортодонтическому лечению с положительным результатом, детям с полной двухсторонней расщелиной верхней губы и нёба хейлоринопластика проводится в один этап.

Однако «превосходная эстетика» ещё не означает, что достигнуто полное восстановление функции. Эстетический и анатомический результат, достигнутый хирургом, необходимо закрепить в послеоперационном периоде. Поэтому в тесном сотрудничестве на данном этапе работают физиотерапевт и ортодонт. Задачей врача-физиотерапевта и является полное восстановление функции мышц и микроциркуляции в тканях. Проводится лазерная спектродофотометрия, в зависимости от показаний назначается лечение ультразвуком и магнитотерапия.

Задача ортодонта – предупреждение развития деформаций верхней челюсти, грубого рубцевания, разрастания соединительной ткани в области преддверия верхней губы, образование вторичной деформации крыла носа, развитие стенозов носового хода и формированию эстетичного рубца верхней губы. Для этого применяют функциональные съёмные вестибулярные аппараты разных модификаций, в зависимости от типа расщелины. В послеоперационном периоде остро встает проблема правильного формирования крыла и хода носа с нездоровой стороны. Для предупреждения деформаций и стенозов носового хода используются носовые активаторы. Если на данном этапе ребёнок получает в полном объёме реабилитационные процедуры, то функция нормализуется в полном объёме, не происходит сдерживания роста верхней челюсти, рост и развитие происходит соответственно возрасту.

На завершающем третьем этапе раннего комплексного лечения всем детям проводятся уранопластика, физиотерапевтические процедуры, ортодонтическое лечение, подготовка к логопедическому лечению, наблюдение педиатра и отоларинголога. Задачи уранопластики (по срокам проводится в 9–18 месяцев): восстановить анатомическую целостность верхней челюсти, разбошить ротовую и носовую полость и создать условия для правильного формирования речи. Физиотерапевтическое лечение направлено на снятие отёка, улучшение микроциркуляции, профилактику воспаления. Все эти мероприятия направлены на предупреждение грубого рубцевания. Всем детям назначалось магнито- и лазеротерапия.

После уранопластики, по данным некоторых авторов, происходит задержка роста по трансверзали. Поэтому ортодонтическое лечение проводится на функциональных съёмных вестибулярных аппаратах разных мо-

дификаций в зависимости от типа расщелины и направлено на предупреждение задержки роста в трансверзальной плоскости. Кроме того проводится физиотерапевтическая нейрофункциональная коррекция для нормализации работы мышц челюстно-лицевой области и восстановления микроциркуляции.

Логопед на третьем этапе раннего комплексного лечения помогает подготовить ребёнка к звукопроизношению при помощи специального комплекса упражнений для мышц, участвующих в звукопроизношении. Детям, которым уранопластика была проведена в возрасте до 14 месяцев, характерной для данной патологии ринопалии выявлено не было.

В комплексном лечении детей с данной патологией принимает участие отоларинголог-хирург. Его роль – предупреждение развития патологии, диагностика и лечение на ранней стадии возникновения средних отитов с выпотом, исключение заболеваний ЛОР-органов и любых других форм потери слуха. Для того чтобы понимать причины постоянной и временной потери слуха, необходимо представлять ключевые моменты в развитии ребенка.

К четырем месяцам ребенок узнает голос родителей и улыбается, когда слышит их голос, даже если их не видит. К шести месяцам он распознает направление звука и поворачивает голову. Таким образом, формируется дистанционное распознавание. К девяти месяцам ребенок начинает лепетать и копировать звуки. Понимает отдельные слова и значение слова “нет”. К году он уже произносит простые слова как “дядя”, и другие, которые можно распознавать, а некоторые дети в состоянии произнести несколько слов. К 18 месяцам дети распознают части тела и название часто употребляемых предметов. К 2 годам они произносят предложения из двух слов и постепенно увеличивают словарный запас. Потеря слуха может вести к задержке речевого развития и к нарушению звукопроизношения. Наблюдение отоларинголога детей с патологией челюстно-лицевой области направлено на предупреждение развития патологии.

Логопед, наблюдающий этих деток, помогает не пропустить задержку нормального развития ребенка и выявить истинную причину, если задержка выявлена.

Таким образом, комплексное лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и нёба позволяет сократить сроки реабилитации, сократить количество хирургических вмешательств в дошкольном и школьном возрасте, предотвратить на ранних этапах возникновение сопутствующей патологии ЛОР-органов, соматических заболеваний и состояние психоэмоционального статуса, улучшить качество жизни ребёнка, сократить сроки инвалидизации.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ЕЕ РОЛЬ В ПЛАНИРОВАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

**Жук Е.А., Мясоедова С.Е., Торкашова Е.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее широко распространенных заболеваний. Практически у всех больных БА имеются той или иной степени выраженности изменения функционального состояния центральной нервной системы. Чаще всего при БА наблюдаются тревожные, тревожно-депрессивные реакции и состояния. Нервно-психические нарушения отрицательно влияют на качество жизни больных БА. Выраженность данных нарушений недостаточно изучена в отдельных группах взрослых пациентов. При планировании реабилитации больных БА не всегда учитывается психологическое состояние пациентов.

Цель: оценить распространенность и выраженность состояний тревоги и депрессии у больных БА и его связь с клиническими проявлениями заболевания, нарушениями функции внешнего дыхания.

Обследованы 95 женщин с БА в возрасте от 35 до 70 лет. 16 (16,8%) пациенток имели легкое персистирующее течение БА, 52 (54,7%) – среднетяжелое, 27 (28,4%) – тяжелое. Обследование проводилось на базе городского пульмонологического отделения ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4». Практически у всех пациенток при обращении было неконтролируемое течение БА. Сопутствующая артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 69 (72,6%). Кроме клинического обследования, спирометрии, проводилась анкетирование по шкале самооценки Спилберга – Ханина, госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Контроль БА оценивался по опросникам АСТ и АСQ-5, выраженность одышки по шкале Борга и MRC. Анализ результатов проводился с помощью программы «Статистика 6».

Средние показатели тревоги составили: по шкале HADS – 9 (6; 12) баллов, по шкале самооценки Спилберга – Ханина ситуативная тревожность – 49 (40; 56) баллов, личностная тревожность – 53 (46; 59), показатель депрессии по шкале HADS – 8 (6; 10) баллов. По шкале HADS показатель тревоги выше нормы (8 баллов и выше) отмечался у 42 (44,2%) пациенток, показатель депрессии выше нормы – у 39 (41%). По шкале самооценки Спилберга – Ханина уровень ситуативной тревожности в пределах нормы был только у 7 (7,4%), уровня личностной тревожности в пределах нормы не было ни у одной больной, средний уровень тревожности – у 21 (22,1%). У подавляющего большинства обследованных отмечался высокий уровень личностной тревожности. Выявлены многочисленные положительные корреляционные взаимосвязи между выраженностью тревоги и тяжестью клинических проявлений БА: между числом дневных симптомов в течение не-

дели и уровнем тревоги по шкале HADS ($r = 0,39$), личностной тревожностью ($r = 0,28$); числом ночных симптомов в течение недели и уровнем тревоги по шкале HADS ($r = 0,39$); выраженностью одышки по MRC и уровнем тревоги по шкале HADS ($r = 0,37$), ситуативной тревожностью ($r = 0,34$); выраженностью одышки по шкале Борга и уровнем тревоги по шкале HADS ($r = 0,42$); результатами опросника ACQ-5 и уровнем тревоги по шкале HADS ($r = 0,34$); отрицательная корреляционная связь между показателем контроля астмы по опроснику АСТ и уровнем тревоги по шкале HADS ($r = -0,34$). Наблюдались отрицательные корреляционные связи между выраженностью тревоги по шкале HADS и показателями спирометрии: объемом форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1, %) ($r = -0,28$), ОФВ1/ФЖЕЛ ($r = -0,24$), пиковой скоростью выдоха ($r = -0,25$). Выявлены положительные корреляционные связи между уровнем депрессии по шкале HADS и возрастом пациентки ($r = 0,32$), степенью АГ ($r = 0,25$), выраженностью одышки по шкале Борга ($r = 0,43$).

Следовательно, у больных БА отмечается значительная распространенность и выраженность состояния тревоги и депрессии. Выраженность тревоги ассоциирована с тяжестью клинических проявлений БА, уровнем контроля заболевания, тяжестью бронхиальной обструкции. Отмечена связь признаков депрессии с возрастом, степенью сопутствующей АГ. Психологическое состояние пациентов с БА важно учитывать при планировании реабилитационных мероприятий. Целесообразно включение врача-психотерапевта в комплексную бригаду по реабилитации данных больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Кизеев М.В.¹, Бодунов А.В.¹, Нежкина Н.Н.², Антипина С.Б.¹

¹ ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России, Ивановская область

² ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

В структуре дегенеративных поражений позвоночника стеноз поясничного отдела позвоночного канала занимает одно из важных мест и является тяжелым заболеванием. Ввиду сложности лечения и высокой инвалидизации, поясничный стеноз представляет собой одну из актуальных проблем современной неврологии и нейрохирургии. Положительные результаты оперативного и консервативного лечения этого заболевания по данным разных источников составляют от 55 до 96%. В настоящее время ведутся научные исследования по обоснованию комплексного подхода к лечению пациентов со стенозом поясничного отдела позвоночного канала, созданию системы реабилитационных мероприятий и поиску новых методов и тактик лечения.

Целью работы явилась оценка эффективности внутривенного капельного введения озононасыщенного физиологического раствора в рамках реабилитационных мероприятий в ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России у пациентов со стенозом поясничного отдела позвоночного канала.

Проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 40 человек с верифицированным по данным МРТ дегенеративным спинальным стенозом на поясничном уровне (основная группа). Из них 24 (60%) женщин и 16 (40%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 1,37$ года. В группу сравнения вошли 20 человек, сопоставимые по возрасту и полу. Основными проявлениями заболевания явились: нейрогенная перемежающаяся хромота, радикулярные расстройства, болевой синдром. Всем пациентам проведена оценка неврологического статуса, составлен комплекс лечебных мероприятий в соответствии с утвержденным перечнем и объемом медицинских услуг (стандарт лечения) по программе реабилитации, включающий физиолечение, бальнеолечение, лечебную физкультуру, кинезиотерапию, грязе- и теплотечение, массаж. Пациенты осмотрены членами мультидисциплинарной бригады (невролог, физиотерапевт, ортопед-травматолог, врач ЛФК). Программа лечения группы сравнения не включала внутривенное капельное введение озононасыщенного физиологического раствора. Другая медикаментозная терапия не проводилась. Внутривенное капельное введение озононасыщенного физиологического раствора проводилось в объеме 200,0 мл в концентрации озона: 2 мг на 1 литр физ. раствора создаваемой с помощью синтезатора озона А-с-ГОКСФ-5-05-«ОЗОН». Статистический анализ выполнен с помощью программного обеспечения «STATISTICA v. 12.5» (StatSoft, USA, 2014) с использованием стандартных методов статистики. Результаты представлялись в виде $\bar{x} \pm m$, где \bar{x} – среднее значение, m – стандартная ошибка среднего. В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение $p \leq 0,05$.

У всех больных одной из превалирующих жалоб явилась боль в спине разной степени выраженности. Синдром нейрогенной перемежающейся хромоты диагностирован в основной группе в 95% случаев, в группе сравнения в 90% случаев. В неврологическом статусе наблюдался корешковый болевой синдром (85% – основная группа, 90% – группа сравнения), нарушение чувствительности по типу гипестезии в 95 и 100% случаев, мышечно-тонический синдром в 85 и 75% соответственно, ассиметричное выпадение/снижение коленного и/или ахиллова рефлексов наблюдалось в 100% случаев в обеих группах. В анамнезе у всех пациентов, по данным магнитно-резонансной томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника, выявлен спинальный стеноз позвоночного канала: абсолютный в 55% случаев, относительный – в 45%. Причиной стеноза в 25% случаях, по данным МРТ, явился спондилолистез дегенеративно-дистрофического генеза, в 15% – гипертрофия желтой связки, в остальных – комбинация гипертрофии жел-

той связки с деформирующим спондилоартрозом, грыжами межпозвоночных дисков. Всем пациентам основной группы проводилось внутривенное капельное введение 200 мл озононасыщенного физиологического раствора через день в количестве 5 процедур. Продолжительность лечения – 10 дней. Значительное клиническое улучшение наблюдалось после 2–3 процедуры в виде уменьшения болевого синдрома, увеличения дистанции безболевого ходьбы, снижения выраженности гипестезии. При повторной оценке в основной группе после окончания курса лечения констатировано уменьшение болевого синдрома в 80%, увеличение дистанции безболевого ходьбы в 75%, уменьшение выраженности гипестезии в 60%. В группе сравнения уменьшение болевого синдрома наблюдалось в 70%, увеличение дистанции безболевого ходьбы в 50%, уменьшение выраженности гипестезии в 35% случаев. При сравнении межгрупповых результатов выявлены достоверные различия между показателями степени улучшения в отношении синдрома нейрогенной перемежающейся хромоты (при $p = 0,0073$) и уменьшения выраженности нарушения болевой чувствительности (при $p = 0,0137$). Достоверных различий в отношении уменьшения болевого синдрома не выявлено.

Итак, включение внутривенного капельного введения озононасыщенного физиологического раствора в комплекс реабилитационных мероприятий пациентам со стенозом поясничного отдела позвоночного канала, позволяет улучшить показатели эффективности проводимого лечения в отношении уменьшения степени выраженности синдрома нейрогенной перемежающейся хромоты и нарушений болевой чувствительности.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОСТЕОПОРОЗА

**Кирпикова М.Н.^{1,2}, Шмелькова Н.В.¹, Стаковецкий М.К.^{1,2},
Копилов Е.И.², Лебедева О.В.²**

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² Лечебно-диагностический центр остеопороза и артроза, г. Иваново

Остеопороз (ОП) – сложная многофакторная проблема, к развитию которой приводят эндокринные, возрастные, поведенческие и другие факторы, поэтому нередко пациенту необходимы консультации врачей-специалистов разных профилей. Реабилитация включает и непосредственно лечение остеопороза, и профилактику дальнейших осложнений, и минимизацию проявлений произошедшего перелома, и возвращение пациента к прежней активной жизни. Основными направлениями терапии и реабилитации являются: назначение патогенетической терапии ОП, информирование пациента о заболевании, психологическая поддержка, обучение грамотной организации

быта для уменьшения риска падений, физиотерапевтические процедуры, в том числе ЛФК.

Цель исследования: выявить эффективность комплексной реабилитационной терапии, включающей медикаментозное лечение, терапевтическое обучение и назначение физиотерапевтических процедур, у больных сенильным ОП в условиях лечебно-диагностического центра остеопороза.

В исследование были включены 60 больных с сенильным ОП в возрасте 75 лет и старше. Всем проводилось комплексное обследование: общеклиническое, лабораторное обследование (общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови); оценка факторов риска развития ОП; остеоденситометрия в двух проекциях; боковая мофометрия тел позвонков. На основании комплекса обследований всем пациентам был установлен диагноз сенильный ОП. Осмотр пациентов производился на специализированном приеме врача-ревматолога в лечебно-диагностическом центре остеопороза. Одновременно врачом оценивались результаты лабораторных и инструментальных исследований и наличие факторов риска, а также принималось решение о назначении патогенетической терапии ОП, направлении пациентов в школы остеопороза и выбор физиолечения. Обучение в Школе для пациентов с остеопорозом проводилось по структурированной программе, разработанной на кафедре семейной медицины Уральской государственной медицинской академии, которая включала 4 занятия. Информированность о своем заболевании изучалась методом опроса по специальной анкете. В лечении применялись медикаментозная терапия (антиостеопоротическая в сочетании с препаратами кальция и витамина D); терапевтическое обучение (Школы для пациентов с остеопорозом); физиотерапия – высокоинтенсивная лазеротерпия (HIRO 3.0 Hilteraria®) курсом от 4 до 6 процедур по программе «дорсопатия» длительностью 10–12 мин с периодичностью в 1–2 дня и общая магнитотерапия. В группу наблюдения вошли 13 пациентов с различной по интенсивности (ВАШ) болью в спине. Медикаментозная терапия в период лечения НИЛТ пациентами не применялась. Общая магнитотерапия (Easy Quatro Pro, производства Asa, Italy) назначалась по программам остеопороз, переломы, дорсальный артроз, пояснично-крестцовый артроз, люмбагия курсом 5–10 процедур ежедневно.

Большинство пациентов – 45 (75%) имели место легкие и умеренные деформационные изменения тел позвонков, подтвержденные результатами боковой мофометрии тел позвонков или рентгенологического исследования позвоночника в боковой проекции.

У всех пациентов, посещавших Школы для пациентов с остеопорозом, отмечалось достоверное увеличение правильных ответов о заболевании с $53,2 \pm 20,0$ до $77 \pm 19,1\%$ после обучения и до $72,2 \pm 16\%$ через 6 месяцев после обучения. У всех прошедших обучение был высокий комплаенс и все

завершили годовой курс терапии. Также было выявлено достоверное повышение физической активности после обучения. Исходно низкая физическая активность наблюдалась у 25% пациентов, через 6 месяцев обучения отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение этого показателя с 4 до 6,5 балла; средняя физическая активность, наблюдавшаяся у 70% возросла с 7,4 до 8,8 балла; достаточная физическая активность сохранилась лишь у 5% пациентов с деформациями позвонков. При изучении качества жизни общий показатель улучшился с $58 \pm 14,7$ до $48,2 \pm 13,2\%$.

Исходно до проведения лазеротерапии выраженность боли по ВАШ у пациентов составляла $55,2 \pm 6,6$ мм (от 60 до 40 мм). После первой процедуры уменьшение или полное купирование болевого синдрома отмечали все пациенты, однако продолжительность времени уменьшения или полного купирования боли была различной от 3 часов до 48. У двух пациентов повторная процедура не потребовалась ввиду стойкого и полного купирования боли в спине. У остальных пациентов выраженность боли уменьшилась в среднем до $25 \pm 5,2$ мм по ВАШ, т. е. на 45% от исходного уровня.

Проведение магнитотерапии в комплексе лечения показало быструю клиническую динамику у пациентов в острой стадии компрессионного перелома, когда через 2–3 процедуры значительно уменьшались боли в позвоночнике, его скованность.

Таким образом, доказана эффективность комплексного подхода в реабилитации пациентов с сенильным ОП и хронической болью в спине, что проявляется улучшением по шкалам боли, подвижности, работы по дому, социальной активности и общего статуса, способствуя скорейшему возвращению к прежней активной жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУКОЛИТИКОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Побединская Н.С., Глазова Т.Г.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Атопическая бронхиальная астма (АБА) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем педиатрии, занимая значительное место в структуре бронхолегочной патологии у детей. Несмотря на достигнутый прогресс в изучении механизмов заболевания, некоторые патогенетические аспекты остаются недостаточно изученными.

Цель исследования – раскрыть один из возможных путей персистенции аллергического воспаления респираторного тракта при БА у детей с позиции изменений фосфолипидов легочного сурфактанта с тем, чтобы патогенетически обосновать коррекцию выявленных отклонений.

Обследованы 76 детей в возрасте от 6 до 14 лет с АБА в остром периоде заболевания. Функциональное состояние сурфактантной системы легких оценивали по изменению фосфолипидного состава выдыхаемого воздуха (КВВ) и сыворотки крови. Респираторная активность легких оценивалась по параметрам функции внешнего дыхания. Проводилось определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) методом пикфлоуметрии и объема легочного влаговыделения.

Большинство (74,3%) обследованных было в возрасте от 11 до 14 лет, детей от 6 до 10 лет – 25,7%. Среднетяжелый вариант наблюдался у 76,1% больных, легкая АБА диагностирована у 10,6%, тяжелая – у 13,3%. Наиболее часто встречающимися нарушениями ФВД у детей с АБА была обструктивная вентиляционная недостаточность. Анализ данных исследования объема легочного влаговыделения показал, что респираторная влагопотеря у больных снижалась, составив $0,079 \pm 0,005$ мл/мин в периоде обострения и $0,11 \pm 0,005$ мл/мин в фазу ремиссии ($p < 0,05$). При исследовании фосфолипидного спектра конденсата выдыхаемого воздуха и сыворотки крови верифицирована его зависимость от фазы патологического процесса и особенностей его течения. Наибольшие колебания выявлены в концентрации фосфатидилхолина (ФХ) – основного структурного компонента поверхностно-активной выстилки легких, минимальное содержание которого отмечалось в периоде обострения в КВВ ($56,04 \pm 2,10\%$) и сыворотке крови ($62,73 \pm 1,31\%$). В дальнейшем удельный вес ФХ увеличивался, не достигая, однако, уровня здоровых. Уровень ФХ был достоверно ниже при тяжелом варианте заболевания, в сравнении с легкими и среднетяжелыми, как в острую фазу, так и в клиническую ремиссию.

Результаты этих исследований позволили нам обосновать включение в комплексную терапию АБА у детей препаратов, обладающих сурфактант-протективными свойствами. Нами изучалась терапевтическая эффективность амброксола гидрохлорида у детей с АБА в периоде обострения. Выделено 2 группы больных. Первую составили 13 детей с АБА, которые наряду с базисной терапией получали амброксола гидрохлорид ингаляционно через небулайзер в дозе 15 мг (2 мл раствор для ингаляций) 2 раза в день в течение 10 дней. Вторая (контрольная) группа была представлена больными, получавшими только базисную терапию – 63 ребенка. Клинико-функциональные обследования выполнялись дважды – до лечения и спустя 10 дней от начала лечения. Клиническую эффективность проводимых мероприятий оценивали, рассчитывая ежедневно клинический индекс (КИ). При этом выявлено, что симптомы обострения быстрее ликвидировались у детей, получавших дополнительно амброксола гидрохлорид, у которых ко дню обострения КИ снижался с $9,15 \pm 0,8$ до $5,6 \pm 0,5$, что на 22% эффективнее, чем у больных групп контроля. К 10-му дню признаки обострения уменьшились в большей степени так же у детей, находившихся на комби-

нированной терапии ($KI = 1,5 \pm 0,4$) по сравнению с контрольной группой ($KI = 1,9 \pm 0,4$).

У больных на фоне лечения амброксола гидрохлоридом через 10 дней от начала терапии происходило выравнивание основных характеристик бронхиальной проходимости: показатель суточной вариабельности ПСВ снизился с $20,5 \pm 3,52$ до $4,9 \pm 2,06\%$, регистрировалось существенное улучшение основных показателей ФВД (ФЖЁЛ – с 69,3 до 87,6%, ПСВ с 76,8 до 94,3%) и легочного влаговыведения – с 0,93 до 0,13 мл/мин. При подключении в комплексную терапию амброксола гидрохлорида достигалась эффективная коррекция изменений фосфолипидных компонентов системы сурфактанта. Через 10 дней от начала применения амброксола гидрохлорида отмечалось достоверное увеличение ФХ в КВВ и сыворотке крови ($66,20 \pm 1,96$ и $67,96 \pm 2,15$ соответственно, $p < 0,05$) при одновременном существенно снижении СМ ($8,72 \pm 1,22$) и ФЭА ($16,58 \pm 1,68\%$). спустя месяц от начала лечения данным препаратом, содержание основного структурного компонента легочного сурфактанта повысилось ($69,85\% \pm 2,20\%$) и достоверно не отличалось от уровня здоровых.

Таким образом, результаты апробации демонстрируют выраженную терапевтическую эффективность амброксола гидрохлорида и позволяют обосновать необходимость его включения в комплексную реабилитацию детей с АБА.

**ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ НА ЗАКРЕПЛЕНИЕ ЭФФЕКТА
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ
В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА
Мальков А.В.¹, Кизеев М.В.², Антипина С.Б.²**

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ФБГУЗ МЦ «Решма» ФМБА России

В последние годы наметилась устойчивая тенденция к росту частоты патологии у детей. Это диктует необходимость совершенствования технологий их реабилитации.

Целью работы явился анализ формирования мотивации на закрепление результатов комплексной лечебно-реабилитационной программы, проводимой в условиях медицинского центра, и поддержания состояния здоровья в последующий период.

С января по сентябрь 2015 г. в ФБГУЗ МЦ «Решма» ФМБА России проходили реабилитацию 1583 ребенка. Эффективность этого этапа обусловлена суммарным действием природных факторов, оказывающих непосредственное влияние на организм больных, и других видов лечения – диет-, физио-, фито- и бальнеотерапии, гигиенической гимнастики, комплек-

сов лечебной физкультуры. Реабилитация больных детей предусматривает проведение специфичных лечебно-оздоровительных комплексов в зависимости от нозологических форм. Важную роль в формировании мотивации у ребенка на положительную реакцию оздоровительных мероприятий играет разъяснительная работа психологов и педагогов.

С момента поступления ребенка в медицинский центр увеличено время сна до 11 часов в сутки. Лечебные и диагностические процедуры проводились в первой половине дня, а развлекательные мероприятия – во второй.

В течение первой недели детям назначался щадящий режим движений с малой физической нагрузкой. В этот период проводилась разъяснительная работа о необходимости соблюдения режима.

Со второй недели назначался тонизирующий режим со средней физической нагрузкой (игры, прогулки в лесном массиве, занятия в тренажерном зале под контролем основных функциональных показателей).

Лечебное питание является основой комплексной терапии. При проведении диетотерапии учитываем разнообразное физиологическое воздействие пищи и отдельных ее компонентов как на различные органы и системы, так и на весь организм в целом.

Об особенностях пищевого рациона при различных нозологических формах с детьми проводились информационные беседы, в которых делался акцент не только на перечень полезных продуктов, но и на характер правильной организации употребления пищи. Данная разъяснительная работа особенно важна для детей подросткового возраста, которые наиболее часто нарушают режим питания и характер набора продуктов.

Пребывание на свежем воздухе проводилось с ограничением солнечного воздействия. Тонизирующее влияние воздушных ванн начиналось с утренней гигиенической гимнастики, что активизировало обменные процессы, повышало тонус сосудов, улучшало кровоснабжение, укрепляло мышцы брюшного пресса, спины и малого таза. На первых занятиях лечебной гимнастикой детей обучали диафрагмальному дыханию, стереотипу правильного дыхания и получали информацию о важности проведения самоконтроля при увеличении физической нагрузки.

Перед началом проведения физиотерапевтического комплекса (лазеротерапия, озокеритотерапия, электрофорез, водные процедуры) способствующего уменьшению или быстрому купированию синдромальных проявлений детям объясняли, как проводятся процедуры и с какой целью.

В комплекс реабилитации традиционно входили лекарственные растения, педагоги информировали детей об их пользе и применении.

С целью закрепления полученного эффекта реабилитационных мероприятий врачами медицинского центра в каждом отдельном случае предписывается программа оздоровительных мероприятий в амбулаторных условиях.

Амбулаторный контроль детей, прошедших реабилитацию в медицинском центре, достоверно подтвердил положительный эффект. Обострение патологии отсутствовало, как правило, в течение последующих 8–9,5 мес.

Таким образом, активная разъяснительная работа психологов и педагогов в ходе проведения оздоровительных мероприятий формировала у детей мотивацию на поддержание результатов проведенной реабилитации.

ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕЛЕЙ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мишина И.Е., Довгалоук Ю.В., Архипова С.Л., Суханова Д.С.,

Баклушин А.Е., Белова В.В., Пануева Н.Н.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Одним из важных условий реабилитационного процесса является правильная формулировка целей на намеченный отрезок времени. В настоящее время процесс постановки реабилитационных целей достаточно сложен, поскольку отсутствуют результаты оценки вероятности их достижения у большого количества пациентов с разными сердечно-сосудистыми заболеваниями. При определении реабилитационного потенциала особо остро стоит вопрос о формулировании конечных целей лечения, поскольку пребывание больных в лечебных учреждениях краткосрочно и финансово затратно, а значит, должно быть, с одной стороны, обосновано, с другой – максимально эффективно.

Цель: определить возможности достижения индивидуальных реабилитационных целей у пациентов с ишемической болезнью сердца в процессе кардиореабилитации.

В исследование было включено 103 пациента (72 мужчины и 31 женщина) в возрасте от 44 до 80 лет, проходивших трехнедельную реабилитацию в условиях дневного кардиореабилитационного стационара клиники ИвГМА. Из них более половины до поступления на 3 этап реабилитации перенесли острый коронарный синдром (ОКС) с исходом в нестабильную стенокардию или острый инфаркт миокарда, 7 человек – коронарную ангиопластику, 41% поступили для прохождения повторного курса кардиореабилитации и имели стабильные формы ИБС. Каждому поступившему пациенту членами мультидисциплинарной бригады были сформулированы цели и назначена индивидуальная программа реабилитации.

Уменьшение частоты и выраженности стенокардии произошло у 96% пациентов. Отсутствие положительной динамики болевого синдрома отмечали только 2 пациента, которые имели высокий уровень тревоги и депрессии по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Улучшение и стабилизация уровня артериального давления достигались почти у 100%.

Одной из основных целей реабилитации пациентов с ИБС является улучшение переносимости физических нагрузок. У 22% больных, имеющих клинические признаки стенокардии, была поставлена цель уменьшения степени коронарной недостаточности, у 78% – стабилизация 1 функционального класса стенокардии. Данная цель была достигнута у 59%. Запланированного повышения физической выносливости не произошло у 21 человека. Их них более 90% до госпитализации перенесли ОКС. Из коморбидной патологии в этой группе чаще встречались метаболический синдром, сахарный диабет, ХОБЛ, декомпенсированная сердечная недостаточность, которые, по-видимому, ограничивали возможности повышения интенсивности физических тренировок.

Цель «снижение функционального класса сердечной недостаточности» была достигнута в 91% случаев. 83% пациентов, не достигших запланированной цели, имели декомпенсированную сердечную недостаточность.

Улучшения и стабилизации нормальных показателей липидного профиля не произошло у 14 человек: все они имели метаболический синдром, в т. ч. 22% страдали сахарным диабетом 2 типа. Снижение и поддержание нормальных значений глюкозы крови не удалось достичь у 17% пациентов, имеющих метаболический синдром; среди них у 67% встречался сахарный диабет 2 типа.

В процессе реабилитации произошло достоверное улучшение показателей качества жизни по данным Европейского опросника EQ-5D. При этом индекс качества жизни обратно коррелировал с ФК стенокардии и уровнем депрессии. По данным Сизтлского опросника больных стенокардией, качество жизни было хуже у лиц преклонного возраста и у пациентов с более высоким уровнем тревоги и депрессии. Удовлетворенность лечением имела прямую сопряженность с дистанцией, пройденной в ходе теста с шестиминутной ходьбой, и обратную – с функциональным классом стенокардии. Это показывает, что именно переносимость физических нагрузок определяла удовлетворенность проводимыми реабилитационными мероприятиями.

Таким образом, вероятность достижения реабилитационных целей различается по отдельным клинико-функциональным показателям и зависит от наличия коморбидной патологии, а также приверженности пациентов проводимым реабилитационным мероприятиям. Улучшение качества жизни больных в процессе реабилитации часто связано с уменьшением болевого синдрома, тревоги и депрессии, ФК стенокардии. В связи с этим при постановке конечных целей реабилитации необходимо учитывать сопутствующую патологию и состояния, ограничивающие возможности реабилитации. Это позволит оптимизировать и индивидуализировать реабилитационную программу и повысить вероятность достижения реабилитационных целей.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Муромкина А.В., Назарова О.А.

**ОБУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее распространенных нарушений ритма сердца (НРС) в практике врача-терапевта. Проблема реабилитации больных с постоянной формой ФП имеет большую актуальность в связи с высокой частотой обращаемости пациентов за амбулаторной медицинской помощью и частотой госпитализаций в случае декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН) при неэффективной терапии. Эффективность лечения ФП зависит как от особенностей основного заболевания, приведшего к аритмии, так и от информированности пациентов о своем состоянии, а также от уровня подготовки врачей, занимающихся лечением данной патологии.

Цель исследования: оценить эффективность мероприятий по реабилитации больных постоянной формой ФП в амбулаторных условиях.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» и кафедры терапии и ОВП ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА. Оценивалась эффективность медикаментозного лечения и терапевтического обучения больных ФП в рамках разработанной нами «Школы для пациентов с ФП», а также проведен анализ уровня информированности врачей по вопросам ведения больных ФП.

В исследуемой группе больных этиологическим фоном чаще всего являлась гипертоническая болезнь – 49,1% и ее сочетание с ишемической болезнью сердца – 37,1%. При этом признаки ХСН имели 87,3% больных. Для контроля числа желудочковых сокращений (ЧЖС) пациенты на амбулаторном этапе чаще всего получали бета-блокаторы – 46,6%, реже – верапамил 6,0%, дигоксин – 13,8% или комбинированную терапию: бета-блокатор + дигоксин – 19,8%; верапамил + дигоксин – 2,6%. У 11,2% больных препараты для контроля ЧЖС ранее не назначались. Из бета-блокаторов для контроля ЧЖС чаще всего использовался метопролола тартрат – у 46,5% от общего числа больных, реже – бисопролол (23,2%), метопролола сукцинат (11,6%), небиволол (1,8%), карведилол (3,48%). Антикоагулянтную терапию на амбулаторном этапе, по нашим данным, получали менее 10% больных. Наиболее частой причиной госпитализации пациентов с постоянной формой ФП являлась декомпенсация ХСН на фоне нарастания тахисистолии.

Итак, сохраняющаяся высокая потребность больных ФП в медицинской помощи, в том числе в госпитализации, требует совершенствования качества лечения этой категории пациентов. Возможными путями решения данной проблемы представляется, с одной стороны, повышение привержен-

ности пациентов лечению, а с другой – совершенствование профессиональной компетенции врачей, занимающихся лечением данной патологии.

С целью повышения приверженности больных лечению на базе кардиологического диспансера внедрена новая образовательная технология «Школа для больных ФП», в которой прошло обучение 156 пациентов. Курс обучения состоял из 3 занятий, посвященных вопросам клинических проявлений ФП, ее причинам, осложнениям и способам лечения. Пациентов обучали навыкам контроля частоты и ритмичности пульса, ведению дневников самоконтроля, правилам поведения при ухудшении состояния. В результате обучения отмечено повышение уровня информированности пациентов о своем заболевании (с $4,4 \pm 2,3$ до $8,1 \pm 1,6$ баллов по оригинальной шкале оценки информированности), их приверженности лечению (увеличение доли пациентов с высокой приверженностью с 21,8 до 79,2%). В группе больных постоянной формой ФП доля пациентов, эффективно контролирующихся ЧЖС, выросла с 26,7 до 68,4%. Положительная динамика этих показателей отмечалась не только сразу после обучения, но и сохранялась спустя 3 года.

С целью оценки уровня информированности врачей по вопросам ведения больных ФП нами проведено анкетирование 74 терапевтов амбулаторного звена с помощью специально разработанных клинических задач по вопросам неотложной помощи, медикаментозной терапии ФП, а также тактике ведения пациентов с аритмией на фоне сопутствующей патологии. Исходно средний уровень информированности опрошенных составил $6,1 \pm 1,4$ баллов, после обучения в рамках цикла профессиональной переподготовки по терапии он вырос до $8,9 \pm 0,9$ балла. При этом доля врачей с высоким уровнем информированности выросла с исходных 12,2 до 75,6%. До обучения наибольшее количество ошибок отмечено в тактике купирования пароксизмов ФП: не учитывается продолжительность пароксизма ФП – 21,5%, а также состояние гемодинамики – 71,6%. Выявлена недостаточность знаний по использованию комбинированной терапии для контроля ЧСС при постоянной форме ФП – 17,6%, по назначению и контролю антикоагулянтной терапии – 31,5%.

Итак, лечение больных постоянной формой ФП является важным разделом в практике амбулаторных врачей. Анализ лечебной тактики при ФП, внедрение терапевтического обучения пациентов с данным нарушением ритма, а также совершенствование методики преподавания данного раздела кардиологии могут способствовать повышению эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ФП.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОТОКОВОЙ ТЕРАПИИ

**Нерсиян Т.В., Основина И.П., Алексеева Н.В., Батуева Ю.В.,
Марьянова О.В., Коровкина Т.В.**

**ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Сосудистые заболевания мозга – актуальная медико-социальная проблема. Отсутствие своевременного и адекватного восстановительного лечения ведет к возникновению серьёзных структурных и функциональных изменений и нарушению психоэмоционального статуса человека, что в конечном итоге влияет на качество жизни пациента. Успешная работа по медицинской реабилитации пациента, должна начинаться в максимально ранние сроки и включать в себя такие принципы как мультидисциплинарность, адекватность, комплексность и преемственность. По данным клинических исследований, психоэмоциональный статус пациентов в остром периоде заболевания крайне неустойчив, у 11—75% больных имеются расстройства эмоциональной сферы, у трети выявляется постинсультная депрессия. При этом наличие и выраженность тревоги и депрессии непосредственно связаны с успехом реабилитационного лечения. Однако постинсультной депрессии не уделяется должного внимания в схеме лечения больных: только у 10% больных это состояние диагностируется и корректируется. Среди методов транскраниальной электротерапии в клинической нейропсихологии и психотерапии всё большее распространение получают методы микрополяризации и бифазные токи MENS.

Целью работы явилось определение целесообразности и сравнительной эффективности применения в комплексной реабилитации пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) методов транскраниальной микротоковой терапии для коррекции психоэмоциональных нарушений и крианилгии в остром периоде.

Группу исследования составили 20 больных, проходивших обследование и лечение в сосудистом центре неврологического отделения для больных ОНМК ИвОКБ. Критерии включения пациентов в исследование: возраст 45–70 лет, наличие подтверждённого КТ ишемического инсульта в каротидном бассейне, отсутствие грубого нарушения сознания (не более 15 баллов по шкале комы Глазго) и грубых когнитивных расстройств, лёгкой и умеренной степени тяжести по шкале инсульта (5–10 баллов по NIHSS). 10 человек (1 группа) в составе комплекса терапии, согласно стандарту, получили курс транскраниальной микрополяризации (ТКМП) («ЭЛФОР», Невотон, Россия) по лобно-сосцевидной методике, 200–400 мкА, 10–20 мин., N7

и 10 пациентов (2 группа) были пролечены с использованием непрерывных бифазных токов MENS треугольной формы по транскраниальной методике с аппарата Ionoson Expert (Physiomed, Германия): лобно-затылочное наложение электродов, 10 Гц, 300–700 мкА, 15–20 минут, ежедневно, N 7 процедур. Необходимым условием проведения процедур является контактность и адекватность пациента, наличие мотивации, а также хорошая переносимость ими электрического тока. Пациентам проводилось динамическое исследование выраженности краниалгии с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), а также оценка психоэмоционального статуса и когнитивных расстройств по шкалам MMSE и госпитальной шкале тревоги депрессии (HADS).

В результате первичного обследования все пациенты предъявляли жалобы на головные боли различной локализации и эмоциональной окраски, достаточно высокой интенсивности (не менее 8 баллов по ВАШ). По шкале MMSE наблюдалась лишь незначительная степень когнитивной дисфункции 27,3 балла, тогда как выраженность тревоги и депрессии перед началом коррекции достигало 12,3 балла (HADS), что характеризуется преобладанием пониженного фона настроения, обострённым и болезненным восприятием окружающих событий, повышенным уровнем тревожности, внутреннего беспокойства, напряжённости. В процессе лечения пациенты с первых сеансов отмечали снижение выраженности болевого синдрома с 8 до 4–5 баллов в обеих группах, к концу курса электролечения – до 0,5–1 балла (на 95% к исходному показателю). Шкала MMSE после 7 сеанса демонстрировала полное отсутствие когнитивных нарушений: 29 и 28,5 баллов соответственно. Оценка психоэмоционального статуса по шкале HADS демонстрировала значительное снижение уровня тревоги на 4–5 баллов (на 46 и 32% к исходному), а также депрессии (на 38 и 37%). Достоверного различия в результативности применения методов электротерапии не было выявлено.

Как видим, методы транскраниальной электротерапии могут быть применены для повышения эффективности комплексной реабилитации пациентов с ишемическим инсультом в остром периоде. Они эффективны, безопасны, позволяют снизить медикаментозную нагрузку. Вместе с тем эффективная комплексная реабилитация при ОНМК улучшает психоэмоциональное состояние пациента и способствует стабилизации отношения больного к себе, болезни, уровню своего здоровья, лечебным и реабилитационным мероприятиям. Это позволяет достигнуть во взаимоотношениях членов мультидисциплинарной бригады и пациента сотрудничества, принятия им личной ответственности за прохождение реабилитации, повысить уровень мотивации в восстановлении своего здоровья и повышении качества жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Николаенкова А.Ю.¹, Герасимов А.М.², Вертелецкая Т.В.¹

¹ ФГУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова Минздрава России»

² ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Хронический эндометрит (ХЭ) на современном этапе является актуальнейшей проблемой акушерско-гинекологической практики. Хроническое воспаление слизистой оболочки тела матки очень часто не имеет выраженной клинической симптоматики, развивается, минуя фазу острого воспаления, что приводит к постановке неверного диагноза и, как следствие, неадекватному лечению. В основе нарушений репродуктивной функции при хроническом эндометрите лежат множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую биотрансформацию и рецептивность эндометрия. В результате этого ХЭ может стать причиной бесплодия и невынашивания беременности. Другой немаловажной проблемой, сопровождающей ХЭ, является нарушение качества жизни женщины за счёт развития аномальных маточных кровотечений, хронической тазовой боли, диспареунии и альгодисменореи. Причём наиболее частыми жалобами у пациенток с ХЭ являются жалобы на нарушения менструальной функции, в основе которых лежит также расстройство чувствительности эндометрия к половым стероидам. При проведении предгравидарной подготовки у женщин с ХЭ важно применять методы лечения, которые улучшают рецепцию эндометрия и уменьшают воспалительные изменения в слизистой оболочке полости матки. В частности, преформированные физические факторы, которые широко применяются в восстановительной медицине.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения методов физиотерапии в программе предгравидарной подготовки женщин с хроническим эндометритом.

Обследовано 60 женщин от 20 до 43 лет с потерей беременности в сроки 7–10 недель и ХЭ. Все пациентки поступали для проведения второго этапа реабилитации после курса антибактериальной этиотропной терапии. Средний возраст пациенток – $31,9 \pm 1,2$ года. Средний возраст наступления менархе – $13,3 \pm 0,13$ года. В среднем на одну пациентку пришлось $3,3 \pm 0,13$ беременностей, одну из которых 34,6% прерывали медицинским абортom в сроки до 11 недель гестации. Остальные беременности закончились самопроизвольным выкидышем в сроки 7–10 недель гестации. В анамнезе у 36,15% женщин было бесплодие. В структуре гинекологической патологии преобладающее место занимали воспалительные процессы генитального тракта. У 100% пациенток имел место ХЭ, диагностированный при гистологическом исследовании пайпель-биопсии эндометрия. Хронический воспалительный процесс придатков матки был диагностирован у 42,3%, признаки хронического эндо-

цервицита – у 92,3%. Функциональные кисты яичников в анамнезе имели 11,5%. Для оценки эффективности физиотерапии все больные были объединены «слепым» методом в две клинические группы. I группа получала стандартную предгравидарную подготовку в виде препаратов, влияющих на метаболические процессы (актовегин), улучшающих реологию крови (низкомолекулярные гепарины, пентоксифиллин) и усиливающих перфузию матки (силденафила цитрат *per vaginum*). Также обязательным в лечении пациенток было восстановление нормального биоценоза влагалища назначением пре- и пробиотиков. Женщинам II группы в дополнение стандартной терапии для улучшения рецепторного аппарата и адекватной секреторной трансформации эндометрия проводились курсы низкочастотной магнитотерапии и инфракрасной лазеротерапии. Применялось переменное магнитное поле с использованием цилиндрического и полостного индукторов по абдоминально-вагинальной методике в импульсном режиме по 20 минут. Процедуры проводились ежедневно один либо два раза. Курс лечения – 20 сеансов. Низкоинтенсивное лазерное излучение использовалось по абдоминально-вагинальной методике 5 минут с частотой 1500 Гц мощностью 6 Вт, 15 процедур.

Эффективность лечения оценивалось по ультразвуковым характеристикам эндометрия, полученным на 7–8 и 20–21 дни менструального цикла. Исходные показатели толщины эндометрия в среднем в I группе составили $3,03 \pm 0,19$ мм с колебаниями индивидуальных показателей от 1,5 до 4 на 7–8 дни и $4,93 \pm 0,25$ мм – от 3 до 6 мм на 20–21 дни менструального цикла. Во II группе толщина эндометрия в среднем составила $2,71 \pm 0,22$ мм с колебаниями индивидуальных показателей от 1,5 до 4 мм на 7–8 дни и $4,6 \pm 0,25$ мм – от 3 до 6 мм на 20–21 дни цикла. Достоверных различий между группами получено не было. В следующем цикле после курса реабилитационной терапии показатели толщины эндометрия в группах имели следующие параметры. В I группе средняя толщина эндометрия на 7–8 дни цикла составила $5,33 \pm 0,34$ мм с колебаниями индивидуальных показателей от 4 до 8 мм, что выше исходных показателей ($p < 0,001$), на 20–21 дни аналогичный параметр в среднем составил $6,86 \pm 0,19$ мм (индивидуальные показатели от 6 до 8 мм), что также выше исходных ($p < 0,001$). Во II группе средний показатель толщины эндометрия на 7–8 дни – $7,06 \pm 0,26$ мм с колебаниями индивидуальных показателей от 5 до 8 мм, что значительно выше исходных ($p < 0,0001$) и превышает показатели I группы ($p < 0,01$). На 20–21 дни цикла отмечалась та же тенденция: $8,06 \pm 0,18$ мм с колебаниями индивидуальных показателей от 7 до 9 мм, что выше исходных ($p < 0,001$) и аналогичных показателей I группы ($p < 0,0001$).

Таким образом, применение в ходе предгравидарной подготовки преформированных физических факторов значительно улучшает состояние эндометрия при хроническом эндометрите.

**КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
В ОСТРОЙ ФАЗЕ ИНСУЛЬТА
И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТА**

Новиков А.Е.¹, Фролова О.Ю.², Корноухова И.Б.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ Ивановская ОКБ

Ранняя реабилитация больных с инсультом является первым этапом их восстановления и звеном общей медико-социальной проблемы. Успех реабилитационных мероприятий в острой фазе инсульта и раннем восстановительном периоде зависит от ряда факторов, в том числе от его тяжести.

Целью работы явился анализ случаев тяжелого инсульта и возможность ранней реабилитации пациентов еще в блоке интенсивной терапии.

Работа проводилась в региональном сосудистом центре ИвОКБ, открытом в 2009 году. Неврологическое отделение нарушения мозгового кровообращения рассчитано на 60 коек, блок интенсивной терапии и реанимации (БИТР) при нем – на 12 коек. За 2015 г. пролечено 1450 пациентов, из них с геморрагическим инсультом (4%), ишемическим инсультом (65%), субарахноидальным кровоизлиянием (1%). Все пациенты поступают в БИТР, большая часть которых проводит там от одного до 3 дней и при стабилизации состояния переводятся в общие палаты. Однако часть пациентов поступают в крайне тяжелом состоянии с дефицитом сознания от оглушения до комы и по показаниям их переводят в режим искусственной вентиляции легких. Так, в 2015 г. таких пациентов было 30%. Летальность составила 12%.

Реабилитационные мероприятия, согласно медицинским стандартам для больных ОНМК, начинаются в первые часы пребывания в стационаре. Для пациентов, находящихся на ИВЛ, это массаж, суставная гимнастика, вертикализация, трансфер, позиционирование.

Для анализа мы взяли 15 больных в возрасте от 27 до 60 лет (6 с геморрагическим инсультом и 9 с ишемическим инсультом с разной степенью двигательного и речевого дефекта), когда пациенты прошли период полной утраты сознания и ИВЛ. Как правило, речевой контакт с пациентами еще затруднен из-за трахеостомы, общей тяжести состояния или афатических расстройств. Практически в 100% случаев при выходе из комы у молодых пациентов при осознании степени постинсультного дефекта развивается тяжелая депрессивная реакция. Но психическое состояние важно для включения пациента в реабилитационную работу с логопедами и инструкторами ЛФК. С учетом этих моментов психический статус оценивался нами по шкале общего клинического впечатления (CGI-S – тяжесть заболевания и CGI-I- улучшение). При выборе антидепрессанта мы исходили из таких критериев, как переносимость и безопасность, скорость наступления эффек-

та и эффективность препарата. Этим требованиям, по нашему мнению, соответствует тразодон (тритико) в дозе 150 мг однократно на ночь. Эффект оценивался с кратностью один раз в три дня.

В качестве иллюстрации результатов коррекции эмоциональных расстройств приводим два клинических наблюдения.

Клинический случай 1. Пациент Ч., 56 лет, врач по профессии, поступил с диагнозом: Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу левополушарной локализации от 12.09.15., ГБ 3 ст., АГ 2ст., риск 4, Н1. Правосторонняя гемиплегия. Тотальная афазия. Оценка по шкале NIH 22 балла, Ренкин 5 баллов, Ривермид 0. Находился на ИВЛ 4 дня. Переведен на самостоятельное дыхание на 5 день, уровень сознания от умеренного до легкого оглушения, стал выполнять простые инструкции. Речи нет. Сохраняется правосторонняя центральная гемиплегия, мышечная гипотония.

Ранняя реабилитация (пассивные приемы) начата на вторые сутки в виде трансфера, позиционирования, улучшения дренажной функции легких. С 5-го дня при стабилизации общего состояния стали возможны более активные реабилитационные мероприятия, однако пациент был депрессивен, негативистичен, пассивен, в крайне тяжелом состоянии с небольшим улучшением по шкале CGI. Назначен тразодон в дозе 150 мг на ночь.

С 3 дня терапии тразодоном пациент стал заметно контактнее, мягче, менее негативистичен, начал включаться в реабилитационный процесс с логопедом, инструкторами ЛФК. Стало возможным применение таких методов реабилитации, как вертикализация, суставная гимнастика, кардиотренинг, массаж. С 8 дня пациент переведен в палату ранней реабилитации, где был расширен двигательный режим, активные занятия с логопедом. Проводились психотерапевтические беседы. Уровень настроения постепенно выравнивался, пациент активно стал участвовать в реабилитационных мероприятиях. Проведена кинезотерапия по методике баланс, PNF, обучен навыкам активного трансфера, ходьбе с помощью ходунков. Выписан на 25 день с умеренным правосторонним центральным гемипарезом умеренным в руке, глубоким в ноге, умеренной моторной афазией. Передан на следующий этап реабилитации.

Клинический случай 2. Пациентка С., 27 лет, поступила на 12 день после срочных родов с диагнозом: ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии от 12.03.16, неуточненный вариант. Центральная правосторонняя умеренная гемипарез. Тотальная афазия. Шкалы при поступлении: NIH – 14 баллов, Ривермид 1 балл, Ренкин 5 баллов. Психический статус при поступлении: оглушение от умеренного до легкого. С первого дня применялись методы ранней реабилитации: трансфер, позиционирование, вертикализация, пассивная дыхательная гимнастика. С 3-го дня сознание ясное, обращенную речь понимает, собственной речи нет. С меди-

цинским персоналом не общается, отворачивается, плачет, в контакт с логопедом не вступает, задания инструкторов ЛФК не выполняет. Диагностировано расстройство адаптации с выраженной депрессивной реакцией, тяжелым состоянием с небольшим улучшением по шкале CGI, назначен тразодон в дозе 150 мг на ночь. На третий день улучшилось психическое состояние, постепенно включалась в реабилитационные процессы. К выписке на 21 день двигательный дефект выражался в правостороннем рефлексорном

Таким образом, выход из состояния с дефицитом сознания в ясное сопровождается выраженной депрессивной реакцией с отказом от жизни и неверием в результативность реабилитации. Назначение тразодона в терапевтической дозировке 150 мг уже с 3-го дня позволяло начать реабилитационную работу, постепенно выравнивалось настроение, появлялась мотивация для активного участия в работе с логопедом и инструкторами ЛФК. В 2 случаях пациенты выписывались домой, остальные передавались на следующий этап реабилитации.

Таким образом, депрессивная реакция на болезнь в острой фазе инсульта препятствует реабилитационному процессу; коррекция эмоционального статуса с первых дней ясного сознания повышает реабилитационный потенциал пациентов; антидепрессант тразодон (триптико) соответствует решаемым задачам по эффективности.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Овчинникова И.В., Пчелинцева Е.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Реабилитация неврологических больных, имеющих различные физические дефекты, направлено на восстановление нарушенных функций. Нарушение движений (парезы, нарушения статики и координации), как правило, приводит к временной утрате трудоспособности и имеет высокую психосоматическую корреляцию, т. к. психологические факторы участвуют не только в координации двигательной активности, но и в формировании болевого синдрома. При работе с постинсультными больными важно учитывать формирование у них установок, которые могут явиться как результирующими в процессе реабилитации, так и наоборот ее затруднить. Необходимость изучения психологических установок с целью их выявления, возможной коррекции и получения максимально положительного эффекта от проводимого лечения весьма актуальна в контексте психотерапевтического сопровождения пациентов.

Цель: выявить влияние психологических установок на эффективность реабилитации неврологических больных, имеющих двигательные наруше-

ния (легкие парезы).

Анкетирование было предназначено для выявления психологических установок (прежде всего, иррациональных) больных неврологического профиля, имеющих легкие парезы. Метод основан на рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса. Первый этап представляет собой прояснение параметров, вызвавших дезадаптивную установку. На втором этапе происходит идентификация установок, которые можно использовать в качестве позитивных – рациональные. Третий этап – реконструкция иррациональных установок, с помощью которой пациент сможет увидеть негативные последствия сохранения установки. На четвертом этапе происходит закрепление выявленной ранее рациональной установки с помощью выполнения заданий, направленных на адаптацию поведения. Задания могут проводиться на когнитивном уровне, в воображении и на уровне непосредственно прямых действий. Анкета состоит из 20 вопросов закрытого типа, с помощью которых выявляются иррациональные установки в соответствии с 4 шкалами – катастрофизация, долженствование, оценочная установка и фрустрационная толерантность. В основу данного анкетирования вошли две из этих шкал – долженствование и фрустрационная толерантность. В результате было выявлено 5 исследовательских блоков и соответствующих им показателей: 1. «Выявление типа установки» характеризуется 3 показателями: дезадаптивная установка в отношении отрицательной позиции к проводимым мерам по лечению и реабилитации двигательных нарушений; адаптивная установка в отношении позитивной позиции к проводимым мерам по лечению и реабилитации двигательных нарушений; диффузная в отношении неопределенной позиции к проводимым мерам по лечению и реабилитации двигательных нарушений. 2. «Преобладающая мотивация по лечению и реабилитации заболевания» характеризуется 3 показателями: легкая мотивация; слабая мотивация; отсутствие мотивации. 3. «Доминирующая цель по лечению и реабилитации заболевания» характеризуется 2 показателями: внутренние (улучшение состояния здоровья и возможность заниматься тем, чем сейчас не позволяет заниматься заболевание); внешние (расширение кругозора знакомств). 4. «Преобладающий локус контроля в отношении заболевания» характеризуется 2 показателями: высокий комплаенс (человек придерживается всех данных ему рекомендаций); низкий комплаенс (человек придерживается данных рекомендаций).

Исследование проводилось на базе клинике ИвГМА. В исследовании приняли участие 20 человек в возрасте от 60 до 75 лет. Методом статистической обработки данных исследования служило определение выборочного среднего.

По результатам исследования можно отметить, что подтвердилась выдвинутая гипотеза о том, что «адаптивные установки» (рациональные), присутствующие у каждого и являющиеся индивидуальными личностными

особенностями, выступают результирующим фактором реабилитации пожилых лиц с двигательными нарушениями (легкий парез). Необходимо отметить, что преобладание внутреннего локуса контроля (71% респондентов) и внутренних доминирующих целей (80%) свидетельствуют о том, что проведение психологических реабилитационных мероприятий необходимо, так как одной из целей является возобновление активного образа жизни. Однако пациенты не склонны перекладывать свои обязанности в связи с заболеванием на свое окружение. Также к психологическим факторам относится сильная мотивация (преобладал у 61% респондента), т. е. больные готовы и желают изменить состояние своего здоровья. Однако приверженность к рекомендациям лечащего врача и других специалистов была крайне низкой (лишь 24% респондентов придерживаются рекомендаций). А ведь это один из необходимых этапов в лечении и реабилитации заболевания. При этом одной из причин низкого комплаенса явилась достаточно высокая цена на препараты, рекомендованные специалистами. Так как участвующие в анкетировании являются людьми пенсионного возраста, соответственно, цена играет важную роль в формировании степени комплаенса.

Итак, по результатам проведенного исследования были выявлены факторы (мотивация, локус контроля, доминирующие цели, комплаенс), формирующие установки на процесс реабилитации. Низкий комплаенс является препятствием для эффективной реабилитации пожилых лиц с двигательными нарушениями (легкий парез). Коррекция и изменение установок у больных представляет собой трудный процесс, но имеет большое значение для достижения эффекта реабилитации. Выявленные результаты послужат основой для разработки психотехнологии в реабилитации пожилых лиц с двигательными нарушениями, а также поможет изменению низкой приверженности пациентов к рекомендациям реабилитологов на более высокую.

**СПЕЦИФИЧЕСКАЯ АЛЛЕРГЕННАЯ ВАКЦИНАЦИЯ –
ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
**Павлова О.Л., Баклушин А.Е., Побединская Н.С., Карпук Н.Л.,
Ратманова Г.А.**
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Аллергию называют «болезнью цивилизации». Данные Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют об интенсивном росте во всех возрастных группах населения аллергических заболеваний, профилактика которых в настоящее время является значимой медико-социальной проблемой.

Лечение аллергических заболеваний включает элиминацию аллергенов, фармакотерапию, специфическую аллергенную вакцинацию, обучение больных.

Необходимой составляющей комплексной реабилитации пациентов с аллергической патологией является реализация образовательных программ. Одно из важных направлений образовательных программ – формирование грамотного отношения пациента к иммунотерапии, повышение индивидуальной мотивации, понимание и осознание значимости проблемы аллергологической патологии. Немаловажный фактор успешного проведения аллергенспецифической иммуновакцинации – согласие пациента и полное понимание им важности этого метода реабилитации. Обучение больных основам комплексной реабилитации является важным аспектом профилактики аллергических заболеваний.

Профилактика аллергических заболеваний во многом совпадает с противорецидивной терапией, так как именно правильная тактика ведения больного предупреждает возможные обострения и осложнения заболеваний.

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) – специфическая аллергенная вакцинация – является в настоящее время единственным методом, способным влиять на естественное течение аллергических заболеваний. Иммунотерапия должна быть использована для достижения бессимптомного статуса больного, насколько это представляется возможным. Успешная иммунотерапия помогает качественно реабилитировать пациента, купировать симптомы, а не просто облегчить состояние. Угнетение признаков аллергического воспаления сохраняется на протяжении длительного времени.

Традиционное мнение, распространенное среди докторов первичного звена, что АСИТ следует проводить при низкой эффективности фармакотерапии, следует считать заблуждением.

АСИТ – алерговакцинация, позволяющая развить толерантность к аллергену, предотвратить расширение спектра сенсibilизации, прервать подобным образом манифестацию «атопического марша» на ранних этапах его реализации.

Аллергия – форма патологии, связанная с неадекватным проявлением активности иммунной системы в форме гиперергического иммунного ответа. АСИТ воздействует на патогенетические звенья аллергического процесса, на клеточный, гуморальный, цитокиновый компоненты аллергического воспаления, тормозит раннюю и позднюю фазы IgE-опосредованной аллергии, снижая тканевую чувствительность к экспозиции аллергена. Иммунотерапия аллергенами показана больным, у которых доказано присутствие специфических IgE-антител к клинически значимым аллергенам.

Аллергенспецифическое снижение иммунного ответа достигается путем введения больному причинно-значимой аллергенной вакцины. За по-

следние годы получены доказательства высокой эффективности неинвазивных методов аллерговакцинации (эндонозального, сублингвального). Преимущества АСИТ обусловлены терапевтическим эффектом, который, в отличие от фармакологических препаратов, распространяется на все этапы аллергического воспаления.

Своевременное назначение АСИТ пациентам с аллергическими заболеваниями на ранних этапах развития процесса позволяет предотвратить трансформацию легких форм патологии в тяжелые, формирование бронхиальной астмы у больных с аллергическим ринитом. Аллерговакцинация тем эффективнее, чем раньше начато ее проведение.

Детям с атопической формой бронхиальной астмы АСИТ следует начинать на ранних стадиях болезни, до развития необратимых морфологических изменений в дыхательных путях.

Обязанностью врача широкого профиля является направление пациента с установленным диагнозом аллергического заболевания или с подозрением на такой диагноз к врачу аллергологу для решения, в частности, вопроса о проведении АСИТ.

Специфическая иммунотерапия аллергенами является эффективным методом реабилитации, дающим длительный профилактический эффект больным аллергическим ринитом/конъюнктивитом, аллергической астмой, инсектной аллергией. Специфическая аллерговакцинация, воздействуя на патогенетические звенья аллергического воспаления, позволяет добиться длительной ремиссии.

Эффективность АСИТ доказана в двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях.

После завершения успешных курсов аллергоиммунизации сохраняется длительная ремиссия (положительные результаты АСИТ отмечают у 90–95% больных с инсектной аллергией, по данным И.И. Балаболкина, – у 80% пациентов при поллинозах и 52% больных пищевой аллергией, вызванной продуктами растительного происхождения, имеющими общие антигенные детерминанты с пыльцевыми аллергенами); не происходит расширения спектра сенсibilизации; не наблюдается трансформации легких клинических проявлений в тяжелые (ринита в астму); уменьшается потребность в фармакотерапии. Именно в силу этих важных обстоятельств, внедрение в широкую клиническую практику иммунотерапии позволит существенно улучшить качество жизни пациентов.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ
КОЛЕННОГО СУСТАВА
В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА
Подлиток О.А., Гринькова Л.В., Гундерчук О.Н., Литвинова Н.Ю.,
Шакурова Д.Н.
ГБУЗ Нижегородской области «Городская клиническая больница № 3»
(Нижегородский гериатрический центр), г. Нижний Новгород**

В настоящее время современная ортопедическая хирургия активно использует технологии эндопротезирования крупных суставов, что позволяет значительно уменьшить болевой синдром и восстановить функциональный дефицит у большинства пациентов с патологией коленных суставов. Об этом свидетельствует стремительный рост во всех странах числа оперативных вмешательств по замене коленного сустава искусственным эндопротезом (National Joint Replacement Registry. Demographics of knee arthroplasty, 2011). Достижению хороших результатов оперативного лечения способствует своевременно начатая комплексная реабилитация.

Целью реабилитации пациентов, перенесших эндопротезирование суставов, с позиции МКФ (Международной классификации функционирования, 2003) является восстановление функции оперированного сустава (на уровне повреждения, по МКФ); оптимизация возможностей передвижения и самообслуживания (на уровне активности, по МКФ); повышение социальной и профессиональной активности, улучшение качества жизни (на уровне участия, по МКФ).

Реабилитационные мероприятия осуществляются в соответствии с утвержденными принципами: раннее начало, комплексность, обоснованность, индивидуальный характер, этапность, преемственность, мультидисциплинарный подход, длительность лечения до появления стабильной положительной динамики.

В отделении медицинской реабилитации ГКБ № 3 поступают пациенты после эндопротезирования коленных суставов в различные сроки, а именно: 1. Ранний послеоперационный период (до 2 недель после операции). 2. Поздний послеоперационный период (от 2 недель до 3 месяцев после операции). 3. Восстановительный период (после 3–4 месяцев после операции).

Реабилитация включает медикаментозную терапию, кинезотерапию, физиотерапию. Медикаментозная терапия направлена на восстановление послеоперационного гомеостаза, коррекцию сопутствующей соматической патологии, активизацию неспецифической резистентности организма, обезболивание при необходимости. Кинезотерапия представляет собой индивидуальные занятия по комплексу физических упражнений в зависимости от реабилитационного периода, механотерапию, дозированную ходьбу, в том

числе по лестнице, ходьбу в брусках для формирования правильного стереотипа ходьбы, гимнастику в бассейне. Физиотерапия направлена на восстановление трофики пораженных тканей, уменьшение отека, уменьшение выраженности болевого синдрома, нормализацию мышечного тонуса.

За 10 месяцев в отделении реабилитации ГКБ № 3 прошли курсы восстановительного лечения 65 пациентов, перенесших операцию тотального эндопротезирования коленного сустава. Оценка эффективности курса реабилитационного лечения проводилась по нескольким критериям: 1. Субъективная оценка боли по ВАШ при поступлении составила в среднем 7,2 балла, при выписке 3,1 балл, что свидетельствовало об уменьшении болевого синдрома более чем в 2 раза. 2. Оценка степени ограничения жизнедеятельности по шкале Лекена при поступлении в отделение в среднем составила 22,9 баллов, при выписке 13,5 баллов, что соответствовало улучшению качества жизни. 3. Амплитуда активного сгибания в прооперированном коленном суставе возросла более чем на 30° (при поступлении в среднем 58°, при выписке 81°). Объем активного разгибания в коленном суставе преимущественно был полный (180°) и суммарно не оценивался. 4. Сила мышц бедра оперированной конечности при поступлении оценена в среднем как 4,4 балла, при выписке 4,8 баллов, что означает тенденцию к восстановлению. 5. Дистанция ходьбы увеличилась более чем на 300 м (при поступлении составляла в среднем 38,5 м, при выписке – 324 м). 6. Число пациентов, освоивших ходьбу по лестнице, при поступлении составило около 70%, к моменту выписки – 100%. 7. Послеоперационные осложнения у пациентов не наблюдались.

Таким образом, проводимая реабилитация в условиях стационара в короткие сроки (18 дней) способствует восстановлению функции оперированного сустава, повышает мобильность пациента, уменьшает выраженность болевого синдрома, снижает риск развития послеоперационных осложнений, что в целом способствует улучшению качества жизни. Вследствие чего мы рекомендуем направлять пациентов на реабилитационное лечение в специализированное отделение после проведения оперативных вмешательств.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ
С КОМПРЕССИОННЫМ СИНДРОМОМ
Поляков В.А., Яшков А.В., Шелыхманова М.В., Егорова Е.В.,
Сушина Н.В., Растопина Е.И., Костеева Е.Е.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России**

Среди всех заболеваний периферической нервной системы являются наиболее распространенными вертеброгенные поражения (Кадыков А. С.

и др., 2008). Компрессионные синдромы, обусловленные воздействием межпозвоночных грыж на корешки спинномозговых нервов, сопровождающиеся развитием в остром периоде выраженной алгии, а в дальнейшем – нарушением чувствительности и гипотрофией мышц, ограничивают трудоспособность и снижают качество жизни больных. Данная патология склонна к рецидивированию и прогрессированию, поэтому является не только медицинской, но и социальной проблемой.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных остеохондрозом с компрессионным синдромом.

Задачи исследования: создание оптимальной программы реабилитации для этой категории больных.

Под наблюдением находились 64 мужчины и 45 женщин в возрасте от 29 до 52 лет с остеохондрозом 3 степени, подтвержденным МРТ. Изменения на ЭМГ носили корешково-спинальный характер компрессии. Реабилитацию больных проводили в зависимости от стадии заболевания. В остром периоде (до 4 недель) больному назначали: постельный режим на жесткой кровати с низкой подушкой, на короткое время (2–5 дней) иммобилизацию пораженных ПДС корсетом или воротником Шанца и медикаментозное лечение (НПВС, миорелаксанты), блокады (новокаиновые, лидокаиновые с добавлением дексаметазона, витамина В₁₂). Для нормализации эмоционального состояния назначали транквилизаторы, антидепрессанты. ЛФК назначали при стихании болей на 3–4 день, индивидуальным методом в палате больного. Физиотерапия в острый период была максимально приближена к постели больного. Мы применяли низкочастотную магнитотерапию от аппарата «Алмаг 01» в палате. На 3–5 сутки течения заболевания болевой синдром притупляется, активность пациента увеличивается и появляется возможность отпускать процедуры в физкабинете. В этот период применяли СМТ терапию для уменьшения боли и магнитотерапию от аппарата «Полимаг 2» по программам 42 и 43 у больных при поясничной и пояснично-крестцовой компрессии программе 45 при шейной компрессии. Процедуры проводили ежедневно. Курс 10–15 процедур. За счет моделирования магнитных полей по конфигурации, интенсивности, направлению и скорости перемещения вектора в пространстве предупреждали привыкание к данному фактору. В подострой стадии (4–12 недель) и в восстановительном периоде при уменьшении болевого синдрома и снижении медикаментозной нагрузки расширяли двигательный режим. Лечебную гимнастику проводили в зале групповым методом с умеренной нагрузкой. С 4–5 недели назначали занятия в бассейне. Использовали режим вытяжения малыми грузами при стойком компрессионном синдроме, вызванным грыжей диска. Подводное вытяжение проводили на аппарате «АКВАТРАКЦИОН» ОРМЕД. Процедуру назначали с учетом показаний и противопоказаний. Физиотерапевтическое лечение в этот период было направлено на восстановление проводимости

нервных волокон. С этой целью мы проводили: электрофорез с новокаином, никотиновой кислотой, эуфиллином в области нервного сплетения или ультрафонофорез с гидрокортизоном, индометацином паравертебрально. В отдельных случаях применяли терапию от аппарата «ДЕНАС» и лазеропунктуру на болевые точки. Через 8–12 недель от начала заболевания, после снятия болевого синдрома, по окончании физиотерапевтического лечения и вытяжения начинали занятия на аппаратно-программном комплексе «DAVID BACK CONCEPT» (АПК DBC, Германия) для укрепления глубоких мышц спины и шеи, и восстановления двигательной функции ПДС. Занятия, продолжительностью 1–1,5 часа проводились врачом ЛФК 3 раза в неделю, курс от 12 до 24 процедур. В процессе занятий достигалось устранение дисбаланса симметричных мышечных групп шеи и туловища, восстановление оптимального соотношения силы сгибателей и разгибателей, укрепление основных мышечных групп позвоночника и разгрузка позвоночника.

В результате проведенного лечения все больные отмечали уменьшение болевого синдрома, увеличение активности, нормализацию ночного сна и улучшение настроения. Предложенное комплексное лечение остеохондроза с компрессионным синдромом с учетом периода заболевания позволило достичь длительной ремиссии (срок наблюдения 3 года) и избежать оперативного лечения. Данный подход к лечению остеохондроза с корешковым синдромом может быть рекомендован для больных как на стационарном, так и на амбулаторном этапе и отражает преимущество в лечении.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
**Ратманова Г.А., Фадеева О.Ю., Фокин В.Н., Коллеров Э.Ю.,
Заводин М.В., Частухина Т.В., Субботина В.Г., Павлова О.Л.**
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Современные методы лечения позволяют вылечить от 70 до 90% детей с различными нозологическими формами онкологических заболеваний. На этапе реконвалесценции на первый план выступают поздние эффекты химиотерапии и сопутствующая патология неонкологического профиля. Все это вызывает необходимость изучения и решения проблем выздоревших пациентов в плане сохранения и улучшения их здоровья.

Цель – описать отдельные последствия полихимиотерапии и спектр сопутствующих заболеваний неопухолевой природы у онкологических больных в периоде реконвалесценции и обратить внимание врачей амбулаторно-поликлинической службы на необходимость проведения реабилитационных мероприятий у этой категории больных.

Проведен анализ документации и обследований пациентов при диспансерном наблюдении по поводу онкологических заболеваний.

Под нашим наблюдением находились 140 пациентов различного возраста с лимфопролиферативными заболеваниями, с солидными опухолями и опухолями костей. Чаще всего отдаленными побочными действиями химиотерапии являются дистрофические и метаболические нарушения в миокарде (45% случаев), патология желудочно-кишечного тракта: дискинезии желчевыводящих путей, гастриты, дуодениты, колиты, дисбиоз кишечника (42% детей). Реже встречается патология мочевыводящей системы (12% детей), изменения со стороны ЦНС. У 20% детей, кроме перечисленных отклонений были диагностированы дерматиты. У всех детей в разной степени выраженности имели место отклонения в иммунном статусе. Интересен тот факт, что через несколько лет после окончания химиотерапии у детей регистрировались заболевания, которое нельзя отнести к побочным действиям проведенного специфического лечения. Это заболевания желудочно-кишечного тракта, патология почек, дисфункция билиарного тракта и др., которых не было ранее у этих пациентов. Но как показывает опыт диспансерного наблюдения детей онкологами и гематологами существует «отрыв» этой категории детей от педиатрической службы и дети не получают адекватной терапии сопутствующей патологии. Педиатры испытывают психологическое давление диагноза онкологического заболевания и относят любые жалобы больного к компетенции онколога. В тоже время, родители в основном доверяют только онкологу и недооценивают роль сопутствующих заболеваний неонкологического профиля, что является причиной формирования хронических процессов в организме. Кроме медицинской реабилитации важным является психолого-педагогическая реабилитация на всех этапах ведения больного ребенка. Возникает необходимость решения личных и семейных проблем пациента в сложившейся ситуации, – это ложится на плечи лечащего онколога, что отнимает много времени и сил и формирует процесс «выгорания». Кроме того, ребенок нуждается в коррекции поведения, развитии интеллектуальных способностей, и это входит в компетенцию психолога, должность которого не предусмотрена в штатном расписании стационаров.

таким образом, реабилитация в онкопедиатрии должна быть комплексной, на каждом этапе решать свои задачи (стационар, поликлиника, семья, школа и др.) и проводиться с привлечением специалистов разного профиля, в первую очередь педиатров, психологов и врачей узких специальностей. Правильное решение вопросов реабилитации поможет ребенку избежать формирования хронической патологии различных органов и систем и адекватно вписаться в жизнь социума.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Столярова Т.В.¹, Голдобина Л.П.¹, Коваленко О.В.²

¹ ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

² ГБУЗ РБ БСМП, г. Уфа

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в желудке или двенадцатиперстной кишке, образуется язва. Язвенной болезнью страдает 5% взрослого населения. В течение года у 80% страдающих язвой двенадцатиперстной кишки возникает обострение, а у 33% больных с язвой желудка возникает язва двенадцатиперстной кишки. Поэтому остается актуальной разработка немедикаментозных методов лечения.

Цель – провести анализ эффективности использования метода рефлексотерапии в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Под наблюдением находилось 42 человека от 40 до 64 лет. Из них 24 мужчины и 18 женщин. Все пациенты были разделены на 2 группы. 22 пациента первой (контрольной) получали только медикаментозное лечение, а 20 второй (основной) медикаментозное лечение в сочетании с рефлексотерапией. При проведении классической корпоральной рефлексотерапии учитывалась индивидуальная чувствительность пациентов к раздражению, проводилась акупунктурная диагностика. Язвенная болезнь относится к патологии меридианов и органов III (E) желудка (синдром жара), IV (RP) селезенки, поджелудочной железы (синдром пустоты) и X (TR) тройного обогревателя (застой). Использовалось различное сочетание точек. Так, сочетание точек XIV (J)-12; IX (MC)-6,4; III (E)-36; X (TR)-5 предназначено для нормализации энергии желудка и тройного обогревателя, а точек VII (V)-20 и IV (RP)-1 – для усиления энергии селезенки. Сочетание точек XII (F)-3, VII (V)-21, IV (RP)-6 – для уменьшения болей и мышечных спазмов, а точки III (E)-43, 45 и IX (MC)-6 уменьшают синдром жара желудка. Курс лечения составил 10 ежедневных процедур.

Метод рефлексотерапии показал достоверно высокую эффективность (89,2%) лечения язвенной болезни в основной группе. У 37,1% больных наблюдалось выздоровление; у 46,1% – значительное улучшение, когда сохранялись 1–2 признака заболевания (18,5% в контрольной группе); у 13% больных улучшение, когда сохраняются 3–4 признака заболевания (43,7%), а у 3,8% лечение не имело эффекта (37,8% – в контрольной группе). Ухудшения самочувствия не наблюдалось. Состояние больных оценивалось по

следующим признакам: выраженность болевого синдрома, нарушение пищеварения (тошнота, рвота, нарушение аппетита, изменение стула), симптомы общей интоксикации, изменение лабораторных данных и исследование ФГДС.

Итак, полученные данные подтверждают, что рефлексотерапия достоверно повышает эффективность комплексного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволяет улучшить качество жизни и максимально сократить сроки реабилитации пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОФЕРЕЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Столярова Т.В., Голдобина Л.П.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Остеоартроз (ОА) относится к воспалительным дегенеративно-дистрофическим заболеваниям суставов и характеризуется деструкцией суставного хряща, поражением субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок и околосуставных мышц. В структуре заболеваний ОА занимает лидирующие позиции, им страдает 10–12% населения всех стран. При комплексном подходе к лечению пациентов ОА широко используются физические факторы. Известно, что магнитотерапия улучшает кровоснабжение и реологические показатели, ускоряет метаболические процессы, обладает противоотечным и анальгетическим эффектами, может использоваться в любой фазе местного воспаления, в том числе при наличии синовита. Мазь «Хондроксид» оказывает противовоспалительное, анальгетическое и фибринолитическое действие, способствует проникновению хондроитина через клеточные мембраны и его поступлению в периартикулярные ткани и полость сустава.

Цель – изучение эффективности применения магнитофереза мази «Хондроксид» на область сустава у пациентов с ОА коленных суставов.

Было пролечено 38 пациентов с ОА коленных суставов по 18 в каждой группе. Больные исследуемой группы (1) получали магнитоферез мази «Хондроксид» + базисную терапию. Для магнитофереза был использован аппарат «Алимп», бегущее магнитное поле, частота 10 Гц, интенсивность 75–100%, продолжительность процедуры 15–20 минут. Курс составил 10 воздействий. Контрольная группа (2) получала только базисную терапию (НПВП + болезньмодифицирующие препараты). Для оценки эффекта от проводимой терапии использовали суммарный индекс Лекена. Также проводилась оценка выраженности болевых ощущений по шкале ВАШ.

После курса магнитофереза отмечена достоверная положительная динамика состояния пациентов. Индекс Лекена составил: до начала лечения в

1-й группе – $19,3 \pm 2,3$; во 2-й группе – $19,1 \pm 2,4$. Через 10 дней: 1 группа – $15,0 \pm 2,4$, 2 группа – $18,3 \pm 2,2$; через 1 месяц: $12, \pm 1,5$ и $17,9 \pm 2,3$ соответственно ($p < 0,05$ в 1 группе). Также достоверно в 1 группе отмечалось уменьшение числа лиц, предъявляющих жалобы на ночные боли как в покое, так и при движении. Среди пациентов, получавших только медикаментозную терапию, позитивная динамика была мене значимой и изменения к концу лечения и через месяц не носили достоверного характера.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно утверждать, что магнитофорез мази «Хондроксид» на область пораженных коленных суставов приводит к достоверному уменьшению боли в суставах, продолжительности утренней скованности, улучшению функциональной активности суставов и в целом – повышению качества жизни пациентов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ

**Сушина Н.В., Шелыхманова М.В., Растопина Е.И., Костеева Е.Е.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России**

Стратегия повышения здоровья работающего населения – это борьба с остеохондрозом позвоночника – самым распространенным заболеванием (80% населения земного шара), приводящим к нарушению работоспособности и инвалидизации. В приоритете раннее выявление, диспансеризация еще практически здоровых людей с проведением целенаправленных активноконструктивных оздоровительных мероприятий. Возникновение ортопедических заболеваний и даже временные функциональные отклонения, преимущественно биомеханики, приводят к возникновению проприоцептивного потока эфферентной импульсации, формированию патологического очага возбуждения спинного мозга, развитию дегенеративных и дистрофических нарушений позвоночника. Формирование патологических процессов в позвоночнике в свою очередь усугубляет течение ортопедических заболеваний, сбивая механизм саморегуляции.

Для объективной оценки статической и динамической, функциональной способности мышц туловища и шеи, с целью выявления факторов, позволяющих распознать связь с началом и прогрессированием заболевания, в нашем отделении в течение 10 лет проводится диагностика функционального состояния позвоночника с помощью тестирования на аппаратно-программном комплексе «DAVID BACK CONCEPT» («АПК ДВС», Германия).

Цель исследования – оптимизация методики тренировок с использованием АПК ДВС и разработка программ комплексной тренировки мышц разных отделов позвоночника направленных на коррекцию выявленных нарушений.

Диагностическая система АПК DBC позволяет определять подвижность различных отделов позвоночника, силу и выносливость мышц, расположенных вдоль позвоночного столба, состояние баланса силы мышц агонистов и антагонистов. В процессе занятий проводится тестирование и подбирается изометрическая нагрузка, измеряется подвижность шейного отдела позвоночника в трех плоскостях. Программное обеспечение позволяет определить усилие, создаваемое пациентом на тренажере в различных точках амплитуды движения (нагрузочное и максимальное), что сочетается с разгрузкой позвоночника. Программа тренировок составляется индивидуально для каждого пациента на основании данных полученных в процессе тестирования, проводимого в начале, середине и конце лечения. Программа предусматривает устранение дисбаланса симметричных мышечных групп шеи и туловища, восстановление оптимального соотношения силы сгибателей и разгибателей, укрепление глубоких мышечных групп позвоночника с целью формирования полноценного мышечного корсета, обучение приемам релаксации. Занятия, продолжительностью от 40 мин до 1,5 часов проводятся врачом ЛФК по разработанной программе 3–4 раза в неделю. Нагрузочное сопротивление в первые занятия составляет 30–40% с постепенным увеличением до 75–85%. Курс лечения 12–20 процедур.

После лечения (156 мужчин и 142 женщины с остеохондрозом 2 и 3 стадии) все больные отмечали уменьшение болевого синдрома, увеличение активности, улучшение ночного сна, повышение настроения. Повторное тестирование на АПК DBC по окончании курса лечения показало, что у 86% больных полностью ликвидирован дисбаланс мышц, а у остальных он значительно уменьшился. У всех больных изометрическая максимальная сила разгибателей и сгибателей в поясничном отделе, боковых мышц туловища и косых мышц живота увеличивалась до нормальных величин, а у отдельных больных в значительно большей степени. У 92% больных амплитуда движений в суставах позвоночника восстановилась до физиологической нормы. Ни в одном случае не наблюдалось обострения процесса, а 94% пациентов полностью избавились от болей в спине. В дальнейшем больные продолжают регулярные тренировки в зале, оборудованном спортивными тренажерами. Спортивные тренажеры, использующие тяговый принцип позволяют эффективно укреплять мышцы, формирующие мышечный корсет без создания нагрузки на позвоночник и одновременно включать элементы релаксации. Все больные обучались специальной технике выполнения упражнения на спортивных тренажерах, включающую в себя работу преодолевающего характера, кратковременное изометрическое напряжение, работу уступающего характера с последующей релаксацией.

Таким образом, большинство больных остеохондрозом позвоночника со 2–3 стадией заболевания, пройдя курс реабилитации по разработанной нами программе комплексной тренировки мышц разных отделов позвоноч-

ника и продолжая систематически заниматься в тренажерном зале, имеют стойкие механизмы компенсации, добиваются стойкой многолетней ремиссии заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**Сушина Н.В., Шельхманова М.В.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России**

Физическая реабилитация больных остеохондрозом позвоночника является одной из самых актуальных проблем современной медицины. Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы, остеохондроз позвоночника занимает первое место, причем чаще всего (в 70% случаев) страдает поясничный отдел (Веселовский В. П., 1992; Попелянский Я. Ю. 1993; Котельников Г. П., 2008).

Цель: разработать программу комплексной физической реабилитации остеохондроза позвоночника с поражением межпозвонкового диска L5, сопровождающимся синдромом грушевидной мышцы.

Нами обследовано более 200 человек с грыжей диска L5. Из них синдром грушевидной мышцы был выявлен в 28% случаев (56 человек): у 30 женщин и 26 мужчин. Возраст больных – от 27 до 63 лет. Диагноз грыжи диска был подтвержден в 99% случаев КТ или МРТ исследованиями. Синдром грушевидной мышцы ставился на основании жалоб больного с учетом полного неврологического и ортопедического обследования. Такое распространение болей в ногу связано с особым расположением грушевидной мышцы и основной ее функцией: отводить, разгибать и вращать бедро наружу. Она принимает активное участие при ходьбе и при нахождении тела в положении стоя. Спазм грушевидной мышцы приводит к сдавлению седалищного нерва и, соответственно, стойкий сильный болевой синдром, снять который очень трудно. Основной этап лечения был направлен на создание правильного соотношения между позвонками, снижение внутридискового давления путем вытяжения на плоскости с грузами от 5 до 20 кг. Всего на курс использовали до 10 тракций. Вторым этапом проводились меры на снятие мышечного спазма, в том числе и с грушевидной мышцы. Поскольку именно он лежит в основе стойкого болевого синдрома, купируя который, мы прерывали замкнутый круг патологической импульсации. Было отмечено, что наилучший результат от тракции и кинезотерапии наблюдался в случае использования положений с лордозированием позвоночника. Для преодоления спазма грушевидной мышцы использовались растягивающие мышцу укладки и упражнения на увеличение расстояния между точками прикрепления мышцы (приведение с перекрестом ног, ротация бедра

внутри). Гидрокинезотерапия в теплой воде обеспечивала нормализацию мышечного тонуса. С целью снятия спазма мы использовали метод постизометрической релаксации (ПИР) (Lewit, 1983). Создавали изометрическое напряжение мышц (7–10 сек) с последующим расслаблением и пассивном растяжении, с повторением 3–5 раз до наступления полного анальгезирующего эффекта. ПИР давала быстрый клинический эффект, который проявлялся увеличением объема движений, уменьшением напряженности мышц, а самое главное – в уменьшении болезненности при выполнении пассивных и активных движений. С этой же целью мы использовали физиотерапевтические методы лечения, амплипульстерапию на паравертебральные области и на зону проекции грушевидной мышцы, лазеротерапию – по точкам выхода седалищного нерва. Иглорефлексотерапия и медикаментозные методы применялись как вспомогательные средства. Положительный результат с купированием болевого синдрома, с уменьшением спазма грушевидной мышцы, иногда с уменьшением размеров грыжи по данным КТ или МРТ наблюдали в 67% случаев.

Изучение биомеханики позвоночника позволило сделать теоретические выводы о целесообразности лордозующего вытяжения, при котором, благодаря образуемому рычагу с точками опоры в области суставных отростков, создаётся дополнительная разгрузка передних отделов позвоночника (дисков). При этом тракционное усилие вдоль оси позвоночника позволяет избежать возникновения травмирующей перегрузки суставных поверхностей межпозвонковых суставов. Важно отметить, что при назначении и проведении кинезотерапии необходимо учитывать вариант течения остеохондроза позвоночника. При пролабирании и грыжах межпозвонковых дисков у пациента часто наблюдается дисфиксация. Нами предложена тракционная гимнастика, снимающая остаточное напряжение мышц, выравнивающая позвонки и суставы, освобождая нервные корешки, восстанавливающая иннервацию и кровообращение. На фоне общеразвивающих, включали упражнения, направленные на укрепление, прежде всего, мышц спины, передней брюшной стенки, косых мышц живота и ягодичных мышц. Избирательная тренировка этих мышц направлена на увеличение силы, что достигается усложнением упражнений и выполнением их с нарастающим отягощением. При этом тренировка мышц – только целенаправленная, и проводилась она из исходных положений – лежа на спине, животе, боку. Все тренирующие упражнения обязательно чередуются с дыхательными, а асимметричные – с симметричными. Упражнения с отягощением для исключения осевой нагрузки – также только в положении лежа. После некоторого укрепления мышц, включаем исходные положения коленно-кистевое и стоя, с ограниченной амплитудой и нагрузкой. Из пролеченных больных стойкое и выраженное уменьшение болевого синдрома проявилось у 50% пациентов, полное купирование болей – у 12%.

Итак, при грыже диска L5 с сопутствующим синдромом грушевидной мышцы предложенный нами комплекс, включающий тракционное лечение, кинезотерапию и рациональную физиотерапию, даёт лучшие результаты. Мониторинг качества жизни пациентов позволил объективно и статистически достоверно определить эффективность проведенного комплекса реабилитационных мероприятий, выявить новые аспекты в улучшении комплексного лечения.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ СОВРЕМЕННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ И СПОРТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Тычкова Н.В., Новосельский А.Н., Быков А.А., Воробьев А.В.,
Рупасова Т.И.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Значение и роль немедикаментозных методов терапии, применяемых в медицинской реабилитации сегодня, чрезвычайно высоки. Если высокотехнологическое оборудование и современные фармакологические средства сложно переоценить на острой стадии любого недуга, то при хроническом варианте течения патологического процесса именно немедикаментозные (экспрессирующие резервные возможности человека) комплексы медицинской реабилитации становятся все более приоритетными в мире. Особенно актуально использование возможностей рефлексотерапии в реабилитации спортсменов (приказ МЗ России № 266 от 13.04. 2007 г.), когда применение активной медикаментозной терапии не рекомендуется в связи с допинговым эффектом некоторых фармакологических препаратов.

Рефлексотерапия существует в России (прежде ещё в СССР) уже более 60 лет! Многочисленные отечественные научные исследования в течение многих лет наглядно демонстрировали эффективность, безопасность и экономичность применения различных видов воздействия на акупунктурную точку в комплексном лечении самых различных заболеваний внутренних органов, опорно-двигательной системы, эндокринологической, неврологической, гинекологической, офтальмологической и иной патологии.

Цель работы: обоснование целесообразности включения рефлексотерапии в современный индивидуальный медико-реабилитационный комплекс.

Методы исследования: изучение, систематизация и анализ отечественного и зарубежного опыта использования методов рефлексотерапии в медицинской и спортивной реабилитации.

Был проведен анализ более 70 источников зарубежной и отечественной специальной литературы посвященных использованию методов ре-

флексотерапии в современной комплексной медицинской и спортивной реабилитации.

Неврология. Результативность использования рефлексотерапии в медицинской реабилитации при неврологической патологии показана при вегетативных дисфункциях (Полякова А. Г., Матвеева В. В., 2010), при последствиях позвоночно-спинальной травмы (Морозов И. Н., Полякова А. Г. и др., 2011), при синдроме Паркинсона (Корнюхина Е. Ю., 2013), при последствиях острого нарушения мозгового кровообращения (Бикбова И. А., Киргизова О. Ю., 2015; Королев А. А. и др. 2010; Jiang C. et al., 2016; Wang W. et al., 2016). Использование точек акупунктуры дает не только выраженную местную реакцию, но и влияет в целом на функциональное состояние нервной системы, повышая возбудимость нервных центров, улучшая проведение нервных импульсов по периферическим нервам (Редковец Т. Г., Ромман Хайсам Дж. М., 2014).

По данным систематических обзоров Cochrane Library показано, что иглокальвание уменьшает боли в плече (Green S., Buchbinder R., Netrick S E., 2005), в шее (Trinh K. et al., 2016), улучшает ряд других аспектов неврологических функций и повседневную активность (Ai Yang, Hong Mei Wu et al., 2016).

Терапия. Методы рефлексотерапии эффективны при проведении реабилитации пациентов с гипертонической болезнью (Zheng Y. et al., 2016); при сочетании ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста с умеренной артериальной гипертензией (Сердяева Н. А., 2009); положительно влияют на функцию внешнего дыхания, региональную вентиляцию легких и гемодинамику малого круга кровообращения у больных с хронической обструктивной болезнью легких (Бувевич В. Э., Меньшикова И. Г., Скляр И. В., 2006). А результаты нейровизуализационного контроля (до акупунктуры и после) за результатами исследования (Zheng Y, Zhang J. et al., 2016) во многом проливают свет на механизмы данного вида лечения у больных гипертензией.

Рефлексотерапия обладает универсальностью действия на функциональную активность всех систем организма, влияет на его адаптационные реакции, регулирует гомеостаз (Редковец Т. Г., Ромман Хайсам Дж. М., 2014).

Спортивная и военная медицина. Проведенные рядом авторов исследования позволяют утверждать, что восстановление работоспособности организма высококвалифицированных спортсменов после физической и эмоциональной нагрузки с использованием мануальной и рефлексотерапии проходит намного быстрее, что способствует улучшению спортивного результата (Татаринцева Р. Я., Ежова Н. М., 2014). Рефлексотерапия положительно влияет на эффективность лечения после спортивных травм (Шитиков Т. А., 2012).

Сегодня все больше растет интерес к лечебному иглоукалыванию «на поле битвы» («Battlefield acupuncture»). Акупунктуру давно и эффективно применяют во многих подразделениях департамента обороны США при проведении медицинской реабилитации военнослужащим (Walker P. H. et al., 2016). Отечественные авторы (Полунина В. В., Михайлов В. Г., 2013) отмечают целесообразность использования рефлексотерапии для восстановления физической работоспособности и повышения адаптационных возможностей организма у военнослужащих призывного контингента, и рекомендуют её применение с целью обеспечения надежности военно профессиональной деятельности.

Итак, следует согласиться с авторами Cochrane Library (2013–2016) в том, что в этой области необходимо и оправданно проведение более крупных исследований. Но анализ отечественных и зарубежных публикаций наглядно демонстрирует не только высокий интерес современной медицины к использованию рефлексотерапии в треках медицинской и спортивной реабилитации, но высокую эффективность её в данном направлении. Рефлексотерапия, мобилизуя адаптационный резерв организма, позволяет добиваться более высокого эффекта современной медицинской реабилитации.

**РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАНА
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**
**Ушакова С.Е., Кириченко Н.В., Моисеенков Д.И., Свирина С.А.,
Будникова Н.В., Чернова Н.С.**
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ ИКБ им. Куваевых, Иваново

В настоящее время для формирования долгосрочного индивидуально-го плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, а также социальной и психологической адаптации пациентов пожилого и старческого возраста необходимо выявление старческой астении и гериатрических синдромов.

Цель: выявление старческой астении и гериатрических синдромов с применением комплексной гериатрической оценки (КГО) для формирования плана реабилитационных мероприятий пациентов пожилого и старческого возраста.

На базе гериатрического центра ОБУЗ ИКБ им. Куваевых обследовано 102 пациента гериатрического отделения (средний возраст $73,9 \pm 7,9$ года, мужчин было 28,1%). КГО включала в себя оценку показателей физического здоровья, функционального статуса пожилого человека, способность выполнения основных функций в баллах, индекс Бартел, шкалу повседневной

инструментальной активности (по W. B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkow et al.), определение индивидуального риска падений и возможности физических тренировок, опросник для оценки зрения у пожилых людей, тест на шепотную речь, тест статуса умственных способностей (mini-mental status examination – MMSE), гериатрическую шкалу депрессии, краткую оценку питания (mini-nutritional assessment – MNA).

При оценке физического здоровья гипертоническая болезнь II–III стадии отмечена у 61,9%, стенокардия 2–3 ф. к. у 19,0%, постинфарктный кардиосклероз у 9,5%, постоянная форма фибрилляции предсердий у 4,8%, хроническая ишемия головного мозга различного генеза у 95,2%, состояние после инсульта у 4,8%, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей у 4,8%, хроническая болезнь почек 1–3б ст. у 61,9%, сахарный диабет у 9,5%, ожирение 1–3 степени у 66,7%, заболевания желудочно-кишечного тракта и анемии у 9,5%. У всех пациентов были отмечены дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата, у 80% с выраженным болевым синдромом. Таким образом, у всех обследованных был зафиксирован такой гериатрический синдром как полиморбидность.

Средний индекс Бартела, описывающий активность в повседневной жизни, составил $88,4 \pm 11,4$ баллов. Согласно этому показателю 23,8% находятся в умеренной, а 33,3% в легкой зависимости в повседневной жизни от окружающих. При оценке функционального статуса 23,8% пациентов выявлены трудности выполнения таких действий как способность одеваться, обуваться, выполнять гигиенические процедуры нижней части тела. При оценке повседневной инструментальной активности у 38,1% выявлена потребность в посторонней помощи в передвижении, приготовлении пищи, приеме лекарств, контроле финансов, совершении покупок, работе по дому. У 71,4% обнаружен повышенный риск падений из-за неспособности удерживать равновесие. У 47,6% снижена мышечная сила. В то же время при оценке способности поддерживать равновесие оказалось, что всем 71,4% пациентам возможно рекомендовать физические тренировки. Все обследованные пользуются очками и 9,5% лупой. Только у 4,8% коррекция зрения эффективна и не нарушает качества жизни, 9,5% не могут в очках читать обычный газетный шрифт, у остальных даже в очках возникают проблемы при узнавании лекарств и чтении этикеток; одевании и петельки на застегивании, пересчитывании денег и получении пенсии. У 19,0% проба шепотной речи нормальная, у остальных – снижение небольшой степени. При оценке когнитивного статуса у 45,5% нет нарушений и у 18,2% – предметные нарушения. У 9,5% легкие когнитивные расстройства, у 45,5% – умеренные когнитивные расстройства. Применение гериатрической шкалы депрессии показало, что у 28,6% пациентов нет депрессии, у 42,9% легкая депрессия, у 23,8% умеренная депрессия, у 4,8% выраженная депрессия. Анализ трофо-логического статуса показал, что у 66,7% имеется ожирение, что требует

рекомендаций по снижению калорийности питания. У 33,3% обследованных нормальная масса тела и предожирение (ИМТ колебался от 22,8 до 25,4). На скрининговом этапе Краткой оценки питания (mini-nutritional assessment – MNA) 19,1% пациентов находятся в группе риска по неполноценному питанию, которое может повлечь такие трофологические нарушения как анемии и саркопению. В группу риска вошли половина пациентов с формально нормальной массой тела. Эти больные в домашних условиях полноценно питаются 2 раза в день, у них снижено потребление белковой пищи, овощей и фруктов.

Таким образом, при проведении КГО проявления старческой астении выявлены у подавляющего большинства пациентов гериатрического отделения. Наиболее выражены такие гериатрические синдромы, как полиморбидность, риск падений, психоэмоциональные и когнитивные расстройства. Детализация гериатрических синдромов необходима для составления индивидуальных реабилитационных программ у лиц пожилого и старческого возраста. Диагностика полиморбидности позволяет оптимизировать медикаментозное лечение и снизить степень фармакологической нагрузки. Оценка функционального статуса, нарушений зрения и слуха, которая выявляет причины зависимости пожилых людей от окружающих, позволяет разработать индивидуальные рекомендации для лиц, осуществляющих уход, для адаптации стариков в быту. Оценка риска падений с одной стороны дает возможность составить план профилактики падений, а с другой – оценить доступность физической реабилитации пожилых пациентов, подобрать необходимые комплексы упражнений. Выявление нарушений трофологического статуса необходимо для разработки индивидуальных диетических рекомендаций. Выявление когнитивных и депрессивных расстройств необходимо для выбора реабилитационных мероприятий по коррекции психоэмоционального статуса: когнитивный тренинг, групповая творческая активность, активное социальное общение, домашнее хобби.

ПРИМЕНЕНИЕ АГОМЕЛАТИНА ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Фролова О.Ю., Нерсисян Т.Н.

ГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Важным фактором, влияющим на восстановление пациента после инсульта, является его эмоциональное состояние. В 40–60% случаев после инсульта развивается депрессия. Выжив и миновав отделение интенсивной терапии, человек начинает осознавать последствия перенесенной катастрофы, ему еще только предстоит приспособиться к дефекту и новым условиям существования. Наличие депрессивных расстройств существенно влияет на

восстановительное лечение постинсультных больных. Пациенты с выраженными расстройствами отказываются участвовать в реабилитационных мероприятиях, они представляются им бесперспективными, а будущее – безнадежным. В 100% случаев депрессивные расстройства сопровождаются нарушениями сна. Инверсия цикла «сон – бодрствование» также препятствует эффективности проведения реабилитационных мероприятий. Имеющийся препарат агомелатин с инновационным механизмом действия отвечает задачам терапии пациентов в постинсультном периоде, сочетая в себе антидепрессивный и регулирующий сон эффект.

Целью данной работы является исследование эффективности и безопасности агомелатина в раннем реабилитационном периоде больных с инсультом.

В состав изучаемых состояний включены непсихотические депрессии в рамках рекуррентного расстройства легкой, умеренной степени тяжести (F 33.0, F 33.01); аффективные расстройства, определяемые по МКБ-10, как кратковременные или пролонгированные депрессивные реакции в рамках расстройства адаптации – постинсультные депрессии (F 43,1, F 43, 2); аффективные депрессивные реакции в рамках органического эмоционально-лабильного расстройства (F 06.6). Психопатологическая квалификация депрессий опиралась на клиническое обследование. Для определения тяжести симптомов депрессии применялась шкала депрессии Гамильтона, 21 – пунктовая версия (HAMD – 21) и шкалы общего клинического впечатления (CGI). Все больные обследованы интернистами разных специальностей с использованием современных клинических и параклинических методов, включая методы нейровизуализации. Для оценки когнитивных расстройств применялась краткая шкала оценки психического статуса MMSE.

Аналізу были подвергнуты результаты лечения 40 пациентов 18–65 лет, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку и имеющие эмоциональные расстройства депрессивного ряда. Все получали комплексную общепринятую терапию на всех этапах лечения и были осмотрены психиатром в первый день для выявления острой психотической симптоматики в палате интенсивной терапии. Оценка эмоционального состояния проводилась при переводе пациента в палату, т. е. на 3–5-й день заболевания. В этот же день назначался агомелатин для коррекции эмоциональных и инсомнических расстройств. Повторные осмотры и оценка состояния проводились в конце первой, второй, третьей и восьмой недели (уже после выписки). На каждого пациента оформлялось добровольное согласие на участие в исследовании. Препарат назначался однократно в вечернее время в дозе 25 мг.

Протоколом исследования были предусмотрены критерии исключения: наличие суицидального риска, психотических симптомов, резистентность к терапии другими антидепрессантами, алкоголизм или наркомания в анамнезе, прием ИМАО в течение 2 недель до начала исследования, деком-

пенсированные соматические заболевания. Показателем эффективности служила степень редукции суммарного балла шкалы HAMD-21 и данные шкал CGI. Особое внимание уделялось коррекции сна, его продолжительности и качеству.

Полностью закончили исследование 38 человек. Побочных эффектов не наблюдалось ни в одном случае вне зависимости от тяжести соматического состояния. Увеличение дозы препарата потребовалось лишь в одном случае, когда реакция 45-летней женщины на возникший двигательный дефицит была столь выраженной, что она отказывалась от участия в реабилитационных программах. Общая редукция суммарного балла по шкале HAMD-21 в конце 8-й недели составила 13,07 балла (с 19,22 по 6,29). Эффект от терапии, как правило, отчетливо проявлялся к концу 3-й недели. Редукция суммарного балла по шкале HAMD-21 в конце 2-й недели 4,11 балла (с 19,22 по 15.11), в конце 3-й – 6,91 (с 19.22 по 12,31), по шкале общего клинического впечатления (CGI-S) пациенты переходили в более легкую группу. Суммарный балл по шкале MMSE в начале лечения составил 27,55 балла, в конце лечения – 28,08. Уже в конце 3-й недели ускорялся темп мышления, улучшались функции внимания, памяти. Пациенты активно участвовали в реабилитационных процессах, в т. ч. направленных на восстановление когнитивных функций.

Особенно мучительны для пациентов были нарушения сна, они наблюдались в 100% случаев. Эффективность препарата во многом определяла возможность монотерапии агомелатином и желание пациента участвовать в исследовании. У большинства больных улучшение засыпания и качества сна происходило на 3-й – 5-й день терапии. Однако пятеро отметили возвращение бессонницы через два дня после отмены препарата, у двоих это сопровождалось ухудшением настроения. У четверых пациентов (0,8%) с соматической патологией эффект от лечения получен не был.

Таким образом, применение агомелатина в постинсультном периоде показало его высокую эффективность в отношении депрессивных расстройств и нарушений сна при его отличной переносимости.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шниткова Е.В.¹, Мошкова А.В.², Выдрицкая Н.И.², Краснова О.Б.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1», г. Иваново

Наиболее актуальными для практических врачей являются именно гипоксические поражения головного мозга, которые занимают первое место в

структуре перинатального поражения центральной нервной системы (ПП ЦНС) и являются основными причинами перинатальной смерти, составляя от 20 до 50% в ее структуре, а также факторами возникновения необратимых дефектов ткани головного мозга. Так, у 25–50% детей диагностируется расстройство когнитивных функций и нарушения поведения. Развивающийся мозг новорожденного чрезвычайно чувствителен к воздействию гипоксии, которая не только вызывает очаговые повреждения мозговой ткани, но и задерживает развитие сосудистой системы, а также нарушает клеточную дифференциацию. Толерантность к воздействию повреждающих факторов у каждого ребенка различна. Поэтому при относительно равных условиях у детей развиваются не равнозначные последствия ППНС. (Голосная Г. С., 2012; Дьяконова Е. Н. и др., 2015). Неблагоприятный исход перинатальных поражений нервной системы связан с несовершенством мер профилактики, отсутствием ранней диагностики, а также с несвоевременной и неадекватной терапией данной патологии, пассивным наблюдением за такими детьми.

Цель исследования – провести анализ организации реабилитационных мероприятий у детей с последствиями гипоксически-ишемического поражения ЦНС.

В течение 2015 года прошли реабилитацию 237 детей первого года жизни с последствиями гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы. В педиатрическое отделение дети были госпитализированы по направлению участкового педиатра. В возрасте 1–3 месяцев: 126 (53,16%) детей (поступили на лечение впервые), 47 (19,83%) в возрасте 4–6 месяцев и 36 (15,19%) в возрасте 7–9 месяцев и 28 младенцев (11,82%) в возрасте 10–12 месяцев жизни. Диагностированы: гипертензивный (63,71%), гипертензивно-гидроцефальный (22,78%), вегетовисцеральные нарушения (10,13%), синдром двигательных нарушений (9,28%), задержка нервно-психического развития (10,13%). Внутривентрикулярные кровоизлияния I–II степени выявлены у 20,25% младенцев, чаще всего они отмечены на первом месяце жизни (59,52%); кальцификаты у 12,24%, перивентрикулярная и корковая ишемия у 27,43%, причем она диагностирована даже у детей третьего месяца жизни.

При обследовании у детей выявлена следующая патология: врожденный порок сердца (6,75%), открытое овальное окно (51,47%), МАРС (дополнительная хорда в полости левого желудочка – 16,87%); по данным электрокардиограммы неполная блокада правой ножки пучка Гисса (72,57%), метаболические нарушения в миокарде, преимущественно гипокальциемия (25,32%), дисбактериоз кишечника субкомпенсированный (46,0%), конъюгационная желтуха (22,78%), атопический дерматит (10,55%), тимомегалия (5,06%), дисплазия тазобедренных суставов (6,75%), пупочная грыжа (6,75%), врожденный стридор (6,75%), ангиопатия сетчатки

(15,19%), аномалия развития желчного пузыря (длинная шейка желчного пузыря, фиксированный перегиб, S-образная форма желчного пузыря – 10,54%), аномалия развития почек (удвоение почек, пиелэктазия, удвоение чашечек, симптом Фрея – 13,93%), оксалурия, уратурия (25,75%).

В план реабилитации входила организация режима дня и правильного, достаточного объема питания, режима питания, своевременного введения прикормов. Проводилась медикаментозная терапия: ноотропная (пантогам, кортексин, актовегин), дегидратационная (диакарб с аспаркамом по схеме, триампур, бруснивер), применялся элькар, проводилась физическая реабилитация: массаж (общий и «воротниковой зоны»). С хорошим эффектом использовали излучатель «Оголовье». Метод «бегущего» импульсного магнитного поля при транскраниальном воздействии позволяет интенсифицировать трансмембранный перенос ионов, что существенно влияет на синаптические передачи, улучшая проводимость нервного импульса. В некоторых случаях применялся электрофорез на шейный отдел позвоночника (с эуфиллином, магнием). Проводилась терапия сопутствующей патологии. В результате лечения состояние детей улучшилось. Регистрировались устойчивые прибавки массы тела, патологическая клиническая симптоматика уменьшалась или исчезала.

Таким образом, анализ организационных мероприятий, направленных на более раннюю диагностику патологических изменений у ребенка, показывает, что в детской поликлинике диагноз перинатального поражения ЦНС в большинстве случаев ставится лишь после обследования ребенка с применением дополнительных методов исследования (чрезрентгеновское ультразвуковое исследование головного мозга) и осмотра невролога: чаще всего после месяца жизни ребенка. В связи с этим затягивается период начала проведения реабилитационных мероприятий. Необходимо раньше диагностировать данную патологию (до конца периода новорожденности) и начинать реабилитационные мероприятия и проводить их в условиях отделения патологии новорожденных, где риск инфицирования этих детей значительно меньше. Именно педиатры должны заметить признаки неблагополучия и направить ребенка к неврологу. В связи с этим для повышения качества диспансеризации детей, начиная с периода новорожденности, необходимо обеспечить неврологическую ориентацию врача-педиатра. Возможность судить о полноте компенсации наступает только после формирования основных функций ЦНС, при этом надо иметь в виду, что выраженность, а в ряде случаев, сроки появления резидуальных явлений у детей, перенесших перинатальную гипоксию, зависят не только от тяжести, но и наслоения неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов на последующих этапах развития ребенка.

**МЕХАНИЗИРОВАННАЯ КИНЕЗОТЕРАПИЯ
ПРИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ
ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ
С РАССТРОЙСТВАМИ РЕЧИ, ПРИ ИНСУЛЬТЕ**
**Ястребцева И.П., Белова В.В., Пануева Н.Н., Балушин А.Е.,
Исаева О.В., Баклушина Е.А.**
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Инсульт головного мозга является одной из главных причин инвалидизации взрослого населения. После инсульта к работе не возвращаются около 67,9% пациентов, из них 44,7% становятся инвалидами, что делает эту проблему актуальной не только в плане психосоциальной реабилитации пациента, но также и с точки зрения социально-трудового аспекта. Связь между мелкой моторикой кисти и речевыми функциями доказана. В реабилитологии появляются новые методы воздействия и широко используется современное лечебно-диагностическое оборудование.

Цель работы – оценка результатов комплексного лечения пациентов с разной степенью выраженности гемипареза в сочетании с расстройством речи при церебральном инсульте, с применением механизированных методов (на роботизированном комплексе Armeo Spring).

На базе отделения медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств клиники ИвГМА обследовано 65 пациентов в раннем восстановительном периоде инсульта в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $60,34 \pm 15,61$ года), из них 40 (61,5%) мужчин и 25 (38,5%) женщин. Среди них 57 человек (87,7%) перенесли ишемический инсульт, 8 (12,3%) – геморрагический. Со всеми пациентами проводились занятия по лечебной физической культуре, осуществлялась механотерапия, в том числе на роботизированных комплексах Armeo Spring, а также медикаментозное, эрготерапевтическое, логопедическое, психологическое и физиотерапевтическое сопровождение (при отсутствии противопоказаний). В целом комплекс физической реабилитации проводился ежедневно не менее чем по 5–6 часов. Тренировка на реабилитационном комплексе Armeo Spring заключалась в выполнении упражнений пораженной верхней конечностью в локтевом и плечевом суставах с включением функции автозахвата кистью, компенсацией веса плеча и предплечья. Диапазон движений во всех суставах конечности постепенно увеличивался, начиная с исходно доступного. Нагрузка задавалась уровнем сложности – от легкого, к среднему и сложному. Время выполнения каждого упражнения – начиная с одной минуты (или с ранее достигнутого времени), постепенно увеличивая до оптимального в 5 минут. Длительность сеанса определялась количеством упражнений и временем их выполнения: начиная с 15 минут (или с ранее достигнутого времени), постепенно увеличивая длительность

работы за счет дополнительного включения упражнений, максимально – до 30–50 минут за сеанс, в зависимости от степени выраженности пареза и физической работоспособности пациентов.

В зависимости от степени выраженности двигательных расстройств в дистальных отделах пораженной верхней конечности и проводимой терапии, пациенты были разделены на 4 группы: с легким (1 группа) и умеренным (2 группа) парезом, без тренинга на роботизированном комплексе для верхней конечности, и с легким (3 группа) и умеренным (4 группа) парезом, с данным видом тренинга. Всем пациентам при поступлении в стационар проводился клиничко-неврологический осмотр и функциональное тестирование по «Шестибалльной шкале оценки мышечной силы, Шкале спастичности Ашфорта, оригинальному тесту оценки степени выраженности афазии, тесту Фугл – Майера, визуальной аналоговой шкале, методике Ривермид, тесту для руки Френчай, Шкале функциональной независимости и индексу Мотрисайти. Результаты отражались в пунктах Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Оценка проводилась в 1-й день курса реабилитации и по его завершении через 14–16 дней. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием U-критерия Манна – Уитни для независимых выборок, критерия Уилкоксона для зависимых выборок, корреляционного анализа Спирмена. Различия считались статистически достоверными на уровне значимости $p < 0,05$.

Характеристики нарушенных функций за курс реабилитации имели тенденцию к улучшению, а моторные и речевые возможности больных статистически значимо восстанавливались, что отражалось в результатах теста оценки моторики Ривермид, индекса Мотрисайти, теста для руки Френчай, Шкалы функциональной независимости и пунктах теста оценки выраженности афазии. Восстановление речевых функций коррелировало с улучшением мышечной силы (тест максимального мышечного усилия при сгибании поражённой руки на аппарате Primus) и уменьшением спастичности пораженной верхней конечности. Кроме того, проводился анализ результативности проведенного курса реабилитации у пациентов, в зависимости от степени выраженности двигательных расстройств в руке. Сумма баллов, согласно тесту оценки моторики Ривермид, у пациентов 1-й группы составила $9,86 \pm 2,73$, 3-й – $4,93 \pm 3,78$; индексу Мотрисайти – $81,43 \pm 4,08$ и $27,83 \pm 34,26$ соответственно ($p < 0,05$). Активная речь d330 улучшилась у больных 1-й и 3-й групп до $5,35 \pm 1,11$ и $3,00 \pm 0,78$ баллов ($p < 0,05$), а так же у лиц с умеренным парезом руки: во 2-й группе до $5,86 \pm 0,82$ и в 4-й – до $5,00 \pm 1,33$ баллов ($p > 0,05$). Аналогично у лиц с легким и умеренным парезом отмечалась тенденция к улучшению способности помыть (в ванной, вытереться, вымыть руки и т.п.) d510, способность к личной гигиене (Уход за частями тела: чистка зубов, бритье и т.д.) d520, одеванию d540 и

приему пищи d550 по МКФ (при анализе по пунктам Шкалы функциональной независимости).

Следовательно, комплексное курсовое лечение пациентов с сочетанием речевых и двигательных нарушений при церебральном инсульте, с применением механизированных методов (на роботизированном комплексе Arneo Spring) оказывает положительное влияние на моторную функцию и повседневную активность верхней конечности пациентов с церебральной патологией, прежде всего у лиц с лёгкой степенью нарушений, сопровождаясь улучшением речи больных.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Ястребцева И.П., Николаева С.В., Баклушина Е.А.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

У пациентов с инсультом имеется целый ряд препятствий на пути к восстановлению нормальной социально-бытовой активности. Эти проблемы могут принимать форму нарушений, вызванных как инсультом, так и его осложнениями. Восстановление движений верхней конечности пациентов, перенесших церебральный инсульт, является актуальной медико-социальной задачей. Нарушения движений руки являются наиболее тяжелыми для пациента из-за ее большого значения в реализации ежедневной жизненной активности и самообслуживания. С каждым годом совершенствуются принципы реабилитации и появляются новые подходы к восстановлению нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности после инсульта. Они реализуются врачами разных специальностей при активном участии самого больного, как непосредственного члена мультидисциплинарной бригады. В процессе реабилитации ставятся конкретные перспективные и ближайшие цели. В зависимости от них применяются разные методы воздействия.

Цель – обобщение данных об основных методах восстановления двигательной функции верхней конечности и определение комплекса современных эффективных методик для пациентов с инсультом с позиций доказательной медицины.

Нами были проанализированы современные научные исследования, в том числе шотландские и американские национальные клинические руководства, с позиций доказательной медицины.

Существует много способов, методик и разработок, применяемых в реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Среди рекомендаций по восстановлению функции верхней конечности наиболее эффективными признаны: терапия, индуцированная ограничением, функциональная электро-

миостимуляция, психоневрологическая коррекция в дополнение к обычным методикам и тренингу на электромеханических / роботизированных устройствах (при наличии необходимого оборудования и специально подготовленных медицинских работников). Недостаточна доказательная база эффективности методов виртуальной реальности и билатерального обучения, а также электромиографии с биологической обратной связью для формирования нового двигательного паттерна и контроля за правильностью выполнения движения. Следует помнить, что представители мультидисциплинарной бригады должны учитывать поставленные цели реабилитации у конкретного больного, возможные риски и осложнения, а также пожелания пациента. Кроме того, для создания клинических протоколов и рекомендаций по восстановлению функции руки у пациентов с церебральным инсультом необходимо проведение дополнительных мультицентровых исследований с большим количеством участников.

Таким образом, при восстановлении функциональной активности верхней конечности у пациентов с инсультом головного мозга целесообразно применение комплекса реабилитационных методов, учитывающих степень выраженности моторного дефекта, коморбидную симптоматику и переносимость реабилитационных мероприятий.

ПРИМЕНЕНИЕ КАРБОКСИТЕРАПИИ И ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Яшков А.В., Поляков В.А., Шелыхманова М.В., Яковлева С.А.,

Дементьева В.Г., Матюхина К.В.

¹ ФГБОУ ВО СамГМУ Миздрава России

УФПСо санаторий «Красная Глинка»

В мире насчитывается от 120 до 180 млн больных сахарным диабетом, что составляет 2–3% от всего населения планеты (Маньшина Н. В., 2006). Гипергликемия и микроангиопатия – два основных взаимообусловленных синдрома, сопровождающих это заболевание. Лечение сахарного диабета и его осложнений включает: диетотерапию, прием гипогликемизирующих препаратов или инсулинотерапию, ангиопротекторы, антиагреганты. В настоящее время ведется поиск различных немедикаментозных методов терапии и различных вариантов комплексного реабилитационного лечения, особенно на одном из важнейших звеньев в общей системе восстановительного лечения больных сахарным диабетом – санаторно-курортном этапе.

Цель исследования: стабилизация течения заболевания и предупреждение развития осложнений сахарного диабета.

Задачи исследования: создать оптимальный комплекс физиотерапевтического лечения на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Группа включения: пациенты с инсулинзависимым, инсулиннезависимым сахарным диабетом в стадии компенсации (нормальные показатели кетоновых тел в крови, отсутствие ацетона в моче, гликемия не выше 9–10 ммоль/л, суточная глюкозурия не более 5% от сахарной ценности пищи), осложненным ангиоретинопатиями I–II степени, умеренно выраженной полиневропатией нижних конечностей, нефропатией I-й стадии без азотемии, нарушением периферического кровообращения в нижних конечностях без трофических язв.

Методом случайной выборки нами были сформированы 3 группы пациентов. Пациентам 1 группы больных сахарным диабетом (сравнения) назначали: диетотерапию, адекватную инсулинотерапию, сахароснижающие препараты, прием минеральной воды «Красноглинская», лечебную гимнастику по модифицированной методике, фитотерапию, кислородные коктейли, электрофорез с цинком по поперечной методике на эпигастральную область, магнитотерапию, импульсные токи на нижние конечности от Ni-Tor, 4-камерные скипидарные ванны, массаж воротниковой зоны, консультацию психотерапевта. Курс лечения – 21 день. Пациентам 2 группы в дополнение к перечисленному лечению проводили внутривенную озонотерапию 5–7 процедур, а пациентам 3 группы – паравертебрально карбокситерапию. До начала лечения и после его окончания пациентам проводили обследование: рассчитывали индекс массы тела, определяли глюкозу в крови и моче, липидный спектр (холестерин, триглицериды, ЛПОНП), оценивали госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Озонотерапия в комплексном лечении сахарного диабета назначалась с целью воздействовать на ряд важнейших патогенетических механизмов данного заболевания. Медицинский озон повышает проницаемость клеточных мембран для глюкозы, что достигается с помощью стимуляции пентозофосфатного шунта и аэробного гликолиза, которые угнетены при диабете, и это способствует снижению гипергликемии за счет лучшего поступления глюкозы в ткани. В результате глюкоза окисляется до конечных продуктов. Снимается энергетический голод тканей. Кроме того, под действием озона активнее идет обмен глюкозы в эритроцитах, улучшается отдача гемоглобином кислорода тканям, повышается их кислородоснабжение и ликвидируется гипоксия. Таким образом, озонотерапия способствует предупреждению развития и прогрессирования нейропатии, артропатии, ангиопатии. Иммуномоделирующее действие озона, препятствует развитию хронических инфекций и гнойничковых поражений. Внутривенные введения озонированного 0,9% раствора NaCl в объеме 200 мл при концентрации озона на выходе 1000 мг/л, проводили через день. Процедуру карбокситерапии проводили путем введения под кожу диоксида углерода (углекислого газа) паравертебрально в область проекции поджелудочной железы. Цель процедуры – оказать рефлекторное воздействие на поджелудочную железу и сохранить ее функцию. Двуокись

углерода попадая под кожу, организма создает местную искусственную гипоксию, что способствует увеличению тока крови и с ней, кислорода. В результате, клетки получают хорошую дозу питательных веществ и необходимого кислорода, что стимулирует выработку коллагена, регенерацию клеток и предотвращает потерю влаги. Такие инъекции стимулируют крово- и лимфообращение, благодаря чему происходит насыщение клеток и тканей кислородом, активизируются обменные процессы. В процессе лечения у всех пациентов в трех группах улучшилось общее самочувствие, повысилась работоспособность, нормализовался сон, снизился уровень тревоги и депрессии. В группе получающих озонотерапию – прослеживалась более выраженная положительная динамика метаболических показателей: снижение уровня сахара в крови и моче. В группе пациентов, получающих карбокситерапию – заметное улучшение липидного спектра (ЛПОНП).

Таким образом, озонотерапию и карбокситерапию можно рекомендовать для использования в комплексе реабилитационных мероприятий на санаторно-курортном этапе лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗобедренного СУСТАВА С СОПУСТВУЮЩИМИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Яшков А.В.¹, Боринский С.Ю.², Кулагин Е.С.²

¹ ФГБОУ ВО СамГМУ Миздрава России

² Клиники ФГБОУ ВО СамГМУ Миздрава России

С современных позиций, реабилитация пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава является важнейшей частью восстановительного процесса, который начинается на стационарном этапе и продолжается на амбулаторном. Маршрутизация пациентов распределена на три этапа реабилитации.

Проведение мероприятий в условиях стационара на первом и втором этапах позволяет предупредить ранние послеоперационные осложнения и обеспечить возможности для восстановления мышечной силы, стабилизации сустава и в последующем восстановление оптимальной функции оперированной конечности.

Для решения этих задач в клиниках Самарского государственного медицинского университета в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации, утвержденным приказом Минздравом России от 29 декабря 2012 г. № 1705н, открыто стационарное отделение медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и опорно-двигательной системы. Работа отделения обеспечивает

этапность и преемственность в общей системе реабилитационных мероприятий, в том числе больным после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Отделение является клинической базой кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины и НИИ восстановительной медицины и реабилитации СамГМУ, сотрудники которых осуществляют научно-методическое обеспечение восстановительного процесса на принципах персонализированной и доказательной медицины.

Принципиальным подходом в реализации реабилитационных задач является наличие в отделении мультидисциплинарной бригады специалистов: травматолога-ортопеда, врача ЛФК, физиотерапевта, невролога, медицинского психолога. При необходимости привлекаются специалисты других специальностей.

За время работы пролечено 1049 человека, из них 412 пациента с эндопротезами суставов нижних конечностей.

Для оценки реабилитационного потенциала и прогноза проводится клиничко-лабораторная, функциональная и биомеханическая оценка состояния пациента на основе данных рентгенографии, реовазографии, электромиографии, подографии, термографии, психологического тестирования. Это позволяло четко отслеживать адекватность нагрузки, соблюдение двигательного режима и переносимость получаемых процедур.

Комплексная программа ранней реабилитации учитывала индивидуальные особенности пациентов имеющие осложнение после эндопротезирования в виде обострения заболеваний позвоночника. Процент осложнений со стороны позвоночника достигает 86%. Для лечения верифицированной (КТ, МРТ, УЗДГ, ЭМГ) патологии позвоночника нами применяется тракционная терапия в сочетании с остеопатическими методиками, гомеопатическими препаратами (траумель, дискус композитум, цель Т) и корсетированием. Тракционная терапия выполняется в щадящем режиме с нагрузкой до 8–9 кг и оригинальным алгоритмом программы тракции. Положительная динамика отмечается у 92% пациентов взятых на лечение.

Наряду с традиционными лечебно-реабилитационными средствами в послеоперационном периоде для купирования боли, отека назначали криотерапию, с целью восстановления движения – пассивную механотерапию системы «Артромот», для улучшения трофики мягких и костной тканей оперированной конечности проводили сеансы с помощью высокотехнологического метода гравитационной терапии.

Совершенно новым подходом для отечественной медицинской реабилитационной практики является психообразовательная работа с пациентами. В связи с этим разработанный комплекс предусматривал спектр релаксационных методик направленных на снятие мышечных зажимов, проработку эмоциональных травм и коррекцию психосоматических состояний.

Оценка результатов проводится в программе ICF по шкалам Рэнкин, Харриса, Лекена по первому-второму-третьему этапу.

При выписке из стационара все пациенты получали подробные рекомендации по дальнейшему проведению реабилитационных мероприятий на амбулаторном или санаторном этапе.

Таким образом, условия стационарного отделения медицинской реабилитации многопрофильной клиники позволяют качественно и в полном объеме обеспечить высококвалифицированную раннюю реабилитацию больных после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Раздел III. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ

ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Адмакин О.И., Солоп И.А., Поль М.Л.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Синдром повышенной резистентности верхних дыхательных путей (СПРВДП) представляет собой хроническое расстройство сна, возникающее вследствие компрессии верхних дыхательных путей, что приводит к фрагментации сна, храпу, дневной сонливости, высокой утомляемостью и впоследствии к депрессии. Актуальность данной медико-социальной проблемы заключается в проявлении симптоматики у лиц молодого возраста, которым очень важно полноценно восстанавливать силы организма во время сна.

Проведенное исследование было направлено на выявление влияния переднезаднего положения нижней челюсти на риск развития синдрома повышенной резистентности верхних дыхательных путей.

Цель – определить влияние дистального положения нижней челюсти как предиктора развития синдрома резистентности верхних дыхательных путей.

В исследовании приняли участие 37 детей (23 мальчика, 14 девочек), проходящих стоматологическое лечение в УДКБ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в возрасте от 11 до 15 лет, не имеющих сопутствующей патологии. Всем обследованным была выполнена боковая телерентгенограмма (ТРГ), которая рассчитывалась в программе AudaxCeph по методикам Sassouni plus и Solow. Оценивалось переднезаднее положение нижней челюсти, краниоцервикальная компенсация, а также диаметр верхних дыхательных путей. Анализ полученных показателей проводился с использованием t-критерия Стьюдента.

В результате исследования были получены следующие данные: у 13,5% исследуемых была выявлена протрузия нижней челюсти и III скелетный тип по Джефферсону, 3% имели нормальное расположение нижней челюсти, у 83,5% наблюдалась ее ретрузия. При этом у всех детей с нарушениями характерными для II типа по Джефферсону наблюдалось сужение верхних дыхательных путей в пределах до 8,1–9,4 мм. По данным анализа ТРГ нами было установлено, что у 73% детей угол кривизны шейного отдела позвоночника выходил за рамки допустимых значений.

В результате проведенного исследования была выявлена статистически достоверная связь между дистальным положением нижней челюсти и уменьшением диаметра верхних дыхательных путей, а также между дистальным положением нижней челюсти и увеличением угла OPT- NSL. Были получены данные свидетельствующие о том, что дистальное положение нижней челюсти является предрасполагающим фактором к развитию синдрома повышенной резистентности верхних дыхательных путей, что требует дальнейшего изучения данного вопроса и разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Аминодова И.П.¹, Лапочкина Н.П.²

¹ООО «Клиника современной медицины», Иваново

²ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Увеличение частоты опухолевой и преинвазивной патологии шейки матки, высокая частота сочетанной гинекологической патологии у пациенток с дисплазиями шейки матки обуславливают необходимость комплексного подхода к решению проблемы (Прилепская В. Н., 2005; Коломиец Л. А., Уразова Л. Н., 2002). В связи с этим необходимо разработать новые подходы для раннего выявления групп риска сочетанной патологии, уточнения факторов, способствующих возникновению канцерогенеза в молочной железе (МЖ) и шейке матки, провести коррекцию существующей тактики ведения (Шахова Н. М., Боровкова Л. В., Гречканев Г. О., 2005; Роговская С. И., Липова Е. В., 2014).

Цель исследования: оценить состояние молочных желез у пациенток с фоновыми и преинвазивными заболеваниями шейки матки при дисплазии шейки матки.

Обследованы 218 женщин, инфицированных вирусом папилломы человека (ВПЧ) типами высокого онкогенного риска. Из них основную группу (1-я) составили пациентки с преинвазивными заболеваниями шейки матки ($n = 141$), в том числе с цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) I степени – 36 женщин, с CIN II – 50, с CIN III – 55; группу сравнения (2-я) – 52 пациентки с фоновыми заболеваниями шейки матки (цервицит, лейкоплакия, папилломатоз, ретенционные кисты), контрольную группу – 25 здоровых женщин. В комплекс диагностических мероприятий помимо стандартных клинико-лабораторных обследований были включены исследование уровня пролактина и УЗИ МЖ, которые проводили в первую фазу менструального цикла (МЦ). По показаниям выполняли пункционную

биопсию МЖ с цитологическим исследованием, секторальную резекцию МЖ с последующим гистологическим исследованием. Также обследованным женщинам были выполнены расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков из экзоцервикса, зоны трансформации и цервикального канала, морфологическое исследование биопсийного материала тканей шейки матки, цервикального канала и эндометрия, молекулярно-биологическое тестирование на ВПЧ методом ПЦР, определение гормонального статуса с помощью иммуноферментного анализа, УЗИ органов малого таза и МЖ.

Возраст обследованных в среднем составил $36,24 \pm 3,62$ года. Заболевания МЖ достоверно чаще встречались у женщин 1-й группы по сравнению со 2-й группой и контролем (87,9; 34,6 и 32% соответственно; $p_{1 \text{ гр./к.гр.}} < 0,01$; $p_{1 \text{ гр./2 гр.}} < 0,01$), среди которых достоверно чаще диагностировали фиброзно-кистозную мастопатию (28,4; 13,5 и 8% соответственно; $p_{1 \text{ гр./к.}} < 0,05$; $p_{1 \text{ гр./2гр.}} < 0,05$), фиброзную мастопатию (17,7; 9,6 и 12% соответственно; $p_{2 \text{ гр./к.}} < 0,05$; $p_{1 \text{ гр./2гр.}} < 0,05$ и фиброаденомы МЖ (24,1; 5 и 4% соответственно, $p_{1 \text{ гр./к.}} < 0,001$; $p_{1 \text{ гр./2гр.}} < 0,01$). У больных с преинвазивной патологией шейки матки отмечалась высокая частота встречаемости заболеваний МЖ (CIN I – 75%, CIN II – 88%, CIN III – 96,4%; $p_{\text{CIN I/II}} < 0,05$; $p_{\text{CIN I/III}} < 0,01$) с преобладанием фиброзно-кистозной мастопатии (25; 26 и 32,7% соответственно; $p < 0,05$) и высокой частотой фиброаденом (13,9; 24 и 30,9%; $p_{\text{CIN I/II}} < 0,05$), рак МЖ выявлен лишь у 7,3% больных с тяжелой дисплазией ($p < 0,05$). Гиперпролактинемия (16,3; 5,8 и 0% соотв.; $p_{2 \text{ гр./к.гр.}} < 0,001$; $p_{1 \text{ гр./2 гр.}} < 0,01$) преобладала у больных с умеренной и тяжелой дисплазией шейки матки (CIN I – 8,3%, CIN II – 18%, CIN III – 25,5%; $p_{\text{CIN I/II}} < 0,05$; $p_{\text{CIN I/III}} < 0,01$). Галакторея достоверно чаще встречалась при тяжелой дисплазии шейки матки (5,5; 8,0 и 27,3% соответственно; $p_{\text{CIN I/II}} < 0,05$; $p_{\text{CIN I/III}} < 0,01$). Всем больным 1-й группы (141 женщина) была выполнена радиоволновая эксцизия или деструкция патологического очага шейки матки. После радиохирургического лечения вторым этапом 81 пациентке с дисплазией шейки матки была проведена мультитаргетная терапия. Контрольную группу составили 60 женщин, не получавших второго этапа лечения. Через 6 месяцев после лечения шейки матки у больных основной и контрольной групп выявлены нормальная кольпоскопическая картина (93,8 и 72% соотв.) и цитограмма (91,3 и 76% соотв.), койлоциты (3,7 и 10% соотв.), отрицательные результаты ПЦР-теста на ВПЧ (96,3 и 82% соотв.); уменьшение мастодинии, нагрубания и болезненности (91,1 и 78% соотв.), положительная динамика состояния МЖ по данным УЗИ в виде уменьшения кистозного компонента, участков гиперплазированной ткани, снижения плотности железистого и фиброзного (87,5 и 52% соотв.) компонентов ($p < 0,05$ для всех перечисленных показателей). Повышенные показатели пролактина до лечения выявлены у 16,1% пациенток. После проведе-

ния двухэтапной терапии гиперпролактинемия диагностирована у 5,9% пациенток основной и у 15,7% контрольной группы ($p < 0,05$). Явления галактореи до лечения выявлены у 18,4% больных с преинвазивными заболеваниями шейки матки. После проведения двухэтапного лечения галакторея сохранялась в основной группе у 6,7% пациенток, в группе контроля – у 17,3% ($p < 0,05$).

Итак, проведение мультитаргентной терапии больным с доброкачественными заболеваниями МЖ после хирургического лечения преинвазивных заболеваний шейки матки может быть предложено в качестве реабилитации, способствующей восстановлению гомеостаза слизистой шейки матки и улучшению состояния молочных желез с разрешением галактореи.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНЫХ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Андреева Д.В.¹, Тентелева И.В.¹, Цветкова М.В.², Валиуллина Е.Ш.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ ГКБ № 7, г. Иваново

Наиболее частой причиной госпитализаций в терапевтический стационар является сердечно-сосудистая патология, среди которой приоритетное место занимает гипертоническая болезнь. Достаточно часто на фоне гипертонической болезни развиваются различные сосудистые осложнения.

Цель работы: изучить влияние гемодинамической перегрузки на развитие возможных сосудистых осложнений при артериальной гипертонии.

С этой целью на базе терапевтического отделения ОБУЗ ГКБ № 7 было проведено общеклиническое обследование 25 больных с гипертонической болезнью 2 стадии без признаков сердечной недостаточности, из них было 16 женщин и 9 мужчин. Средний возраст пациентов $50,4 \pm 5,13$ года. Была исследована вазомоторная функция эндотелия с помощью дуплексного сканирования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, а также скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Кокрофта – Голта для оценки у данных пациентов почечного кровотока. Результаты: Проанализированы основные эхокардиографические показатели, отражающие состояние левого желудочка и сопоставлены с комплексом интима + медиа (КИМ) экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. Выявлен ряд корреляционных связей между состоянием левого желудочка и КИМ. Так при увеличении конечного диастолического и конечного систолического размеров левого желудочка прослеживается тенденция к увеличению толщины сосудистой стенки ($r = 0,25$ и $r = 0,27$ соответственно). Более тесная корреляционная связь выявлена между изменением сосу-

дистой стенки и индексом массы миокарда левого желудочка ($r = 0,45$). При сопоставлении показателя фракции выброса с КИМ выявлена обратная корреляционная связь ($r = -0,26$). Так, при снижении фракции выброса наблюдается увеличение толщины сосудистой стенки. Также у этих пациентов была выявлена достаточно тесная корреляционная связь между конечным систолическим и конечным диастолическим размерами левого желудочка со СКФ ($r = 0,47$ и $r = 0,5$ соответственно), в меньшей степени с массой миокарда левого желудочка ($r = 0,314$). Скорость клубочковой фильтрации нарастала при нарушении систолической функции левого желудочка (снижении фракции выброса $r = -0,425$).

Таким образом, развитие гипертрофии левого желудочка и нарушение его функции у больных артериальной гипертензией, возможно, влияют на вазомоторную функцию эндотелия, в том числе и почечный кровоток (увеличение скорости клубочковой фильтрации является начальным проявлением поражения почек). Общедоступность исследования данных показателей на госпитальном этапе позволит использовать их для предупреждения развития возможных сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертензией и разработать план профилактических мероприятий этих осложнений.

ОЦЕНКА ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОРОВ РИСКА И УРОВНЯ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ КАК МЕТОД РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

**Батрак Г.А., Бродовская А.Н.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Своевременная диагностика хронической болезни почек (ХБП) с определением ранних факторов риска и исследованием выраженности микроальбуминурии (МАУ) позволяет своевременно назначить патогенетическую терапию, замедлить темпы развития диабетической нефропатии и предупредить прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель работы: определить основные факторы риска развития ХБП, распространенность и выраженность МАУ у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

В исследование включены 52 женщины и 10 мужчин с СД 2 типа, 58–85 лет, средний возраст – $68,3 \pm 5,3$ года, индекс массы тела – $30,5 \pm 4,4$ кг/м², объем талии – $100,9 \pm 9,9$ см, отношение окружности талии к окружности бедер – 0,9. Средние значения систолического артериального давления (АД) соответствовали $148,7 \pm 5,2$ мм рт. ст., диастолического АД – $80,6 \pm 4,5$ мм рт. ст.

Клинический осмотр пациентов с СД 2 типа включал сбор анамнеза с определением основных факторов риска развития ХБП. МАУ исследовали с помощью тест-полосок «МикроАльбуфан» и диагностировали по скорости суточной экскреции альбумина с мочой (30–300 мг/24 ч), а также по отношению альбумин/креатинина мочи (А/Кр мочи). О наличии МАУ свидетельствует отношение А/Кр мочи 3–30 мг/ммоль. МАУ считалась доказанной при наличии двух положительных результатов, полученных в течение 1 месяца. У всех пациентов при обследовании не выявлено протеинурии и не отмечалась ХБП 3–4 стадии. Статистическую обработку результатов проводили с помощью Microsoft Excel Windows XP. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия при $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

У большинства обследованных с СД 2 типа (86%) выявлено ожирение 1–2 степени, при этом у 82% ожирение соответствовало 1 степени тяжести. Более половины пациентов имели АГ 1–2 степени, у большинства (69%) выявлено сочетание основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. Следует отметить, что у абсолютного большинства пациентов выявлена отягощенная наследственность по гипертонической болезни (77%) и другим ССЗ (49%). Тест на МАУ проведен дважды в течение 1 месяца. При СД 2 типа выявлена МАУ различной степени. Наибольшая частота (90%) и выраженность МАУ при СД 2 типа отмечалась при сочетании основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. Без ожирения и АГ МАУ наблюдалась только у 35% больных СД. У больных СД 2 типа с АГ на фоне ожирения в сравнении с пациентами с СД 2 типа, ожирением, но без АГ – в 2 раза выше абсолютные значения МАУ ($102,1 \pm 36,1$ и $53,7 \pm 23,8$ мг/г, соответственно, $p < 0,05$) и А/Кр мочи ($11,6 \pm 4,1$ и $6,1 \pm 2,7$ мг/ммоль/л, соответственно, $p < 0,05$).

У пациентов с СД 2 типа отмечается высокая распространенность факторов риска ХБП – ожирения (86%) и АГ (69%). На фоне сочетания ожирения и АГ (69%) МАУ отмечается у абсолютного большинства больных (90%). Без ожирения и АГ МАУ наблюдалась только у 35% больных СД. Изучение распространенности важнейших факторов риска ХБП и исследование МАУ позволит терапевтам и эндокринологам профилактировать развитие диабетической нефропатии уже на ранних этапах ее развития и своевременно назначать необходимую патогенетическую терапию.

Таким образом, у большинства пациентов с СД 2 типа выявлены важнейшие факторы риска развития ХБП – ожирение и АГ, при сочетании которых отмечалась наибольшая частота и выраженность МАУ у данной группы больных. В целях ранней профилактики развития диабетической нефропатии терапевтам и эндокринологам поликлинического звена здравоохранения рекомендуется исследование у больных СД 2 типа скорости суточной

эскреции альбумина с определением отношения альбумин/креатинина мочи уже при наличии основных факторов риска ХБП для последующего назначения нефропротективной терапии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ПОПУЛЯЦИИ Г. ИВАНОВА И ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Батрак Г.А., Бродовская А.Н.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Хроническая болезнь почек (ХБП) – тяжелое заболевание, распространенность которого сопоставима с частотой сахарного диабета (СД), гипертонической болезни (ГБ) и ожирения. Эпидемиологические исследования по выявлению факторов риска развития ХБП изменяют традиционные представления об относительно низкой частоте заболеваний почек. Выявление факторов риска развития ХБП является доступными методами профилактики, позволяющими существенно замедлить прогрессирование хронических заболеваний почек, снизить риск развития тяжелых осложнений и затраты на лечение.

Цель работы: изучить распространенность факторов риска развития ХБП среди пациентов г. Иванова и Ивановской области на базе консультативного диабетологического центра.

Для определения распространенности факторов риска ХБП у 61 женщины и 18 мужчин в возрасте 22–75 лет, средний возраст $48,5 \pm 3,2$ года, обратившихся за медицинской помощью в консультативный диабетологический центр, проводилось анкетирование с использованием анкет, созданных по инициативе Научного общества нефрологов России. Общеклинические методы включали расчёт отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) и индекса массы тела (ИМТ), клиническую оценку состояния сердечно-сосудистой и эндокринной системы, определение уровня АД. Критерии включения в исследование: все пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в консультативный диабетологический центр г. Иваново. Критерии исключения: возраст до 18 лет.

У большинства пациентов, обратившихся в консультативный диабетологический центр, по результатам анкетирования выявлены основные факторы риска развития ХБП: ожирение (1–3 степени) – у 77%, артериальная гипертензия (1–3 степени) – 68%, изменения почек (наличие хронического пиелонефрита, МКБ, другие) – у 25%. Треть больных (34%) страдает СД типа 2, еще у 14% пациентов нарушение углеводного обмена требовало уточнения. Жалобы на возможное нарушение функции почек (отеки, боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание) отмечались более чем у

трети больных (38%), что, несомненно, требует дальнейшего углубленного обследования с последующим проведением патогенетической терапии. Следует отметить, что у 80% пациентов выявлена отягощенная наследственность по ГБ и другим сердечно-сосудистым заболеваниям. При наличии ожирения у подавляющего числа пациентов (77%) только 14% имеют удовлетворительную физическую активность.

Итак, проведение анкетирования по опросникам, созданным по инициативе Научного общества нефрологов России, позволяет выявить высокую распространенность основных факторов риска ХБП (ожирение, АГ, сопутствующие поражения почек) в популяции. Это позволяет в дальнейшем профилировать развитие хронических заболеваний почек уже на ранних этапах развития и своевременно назначать патогенетическую терапию. В целях улучшения оказания медицинской помощи населению и подготовки программ ранней профилактики развития ХБП рекомендуется проведение анкетирования у пациентов с факторами риска ХБП на амбулаторном этапе с последующим направлением к нефрологу, внесением в специальный регистр и назначением нефропротективной терапии.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА С ОРГАНИЧЕСКИМИ СОЛЯМИ ЛИТИЯ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ДИЗЭЛЕМЕНТОЗАМИ И ГИПОВИТАМИНОЗАМИ

**Богачева Т.Е., Калачева А.Г., Гришина Т.Р., Громова О.А.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Витамины и минералы – компоненты нервной ткани, играющие ключевую роль в сложных биохимических процессах ЦНС. Для повышения адаптационных возможностей организма и улучшения умственной деятельности, устойчивости к депрессии и снижения тревожности используются витаминно-минеральные комплексы (ВМК). При этом акценты делаются именно на витаминах группы В и минералах, потребность и потери которых увеличиваются при интенсивной умственной работе, стрессе, тревоге. В исследовании изучали ВМК, в состав которого входят витамины (В₁, В₆, С) и аскорбат литий, позиционирующийся как средство для повышения стрессоустойчивости, снижения тревожности, стабилизации настроения, коррекции легких депрессивных состояний. Однако в доказательной литературе отсутствуют данные о его мнестической эффективности.

Цель исследования – изучить влияние ВМК с органическими солями лития на уровень эмоционально-поведенческих реакций и когнитивных функций у молодых людей. В исследовании участвовали 60 добровольцев.

В первую группу вошли 30 человек, которые получали комплекс витаминов и аскорбат лития по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4 недель. Молодые люди второй группы участвовали в исследовании без терапии ВМК. Всем молодым людям дважды проводилось исследование на предмет оценки показателей параметров памяти, уровня тревоги, депрессии, витаминно-элементарной обеспеченности («день 0» и «день 30»). У всех студентов оценивали уровень тревоги и депрессии по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (HADS) и шкале Гамильтона для оценки депрессии. Исследовалось состояние различных видов памяти с помощью нейропсихологической методики диагностики с использованием программы ДИАКОР. Уровень дефицита витаминов и лития оценивался путем тестирования с помощью структурированного опросника «Протокол клинического наблюдения». Элементарный статус оценивали путем определения 41 химического элемента в волосах методом атомной-эмиссионной спектроскопии. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 10.0.

При оценке параметров памяти в «0-й день» в группах сравнения не было выявлено достоверных изменений. Курсовой прием ВМК с органической солью лития в основном достоверно улучшает параметры зрительной памяти, в меньшей степени слуховой памяти. Улучшение параметров как зрительной, так и слуховой памяти соотносится с оптимизацией работы задних и передних структур левого полушария, а также задних и передних отделов правого полушария. В тоже время, прием комплекса витаминов с аскорбатом лития достоверно улучшает показатели двигательной памяти, изменяя, вероятно, работу структур мозга, обеспечивающих межполушарное взаимодействие. У всех исследуемых оценивался исходный уровень депрессии по шкале Гамильтона, сумма баллов которых оказалась выше нормального и соответствовала легкому депрессивному расстройству. У студентов, получавших терапию ВМК, на «30-й день» исследования значительно улучшился суммарный балл по шкале Гамильтона и находился в пределах нормы. В тоже время, в контрольной группе суммарный балл по шкале Гамильтона не изменился и имел тенденцию к увеличению. Оценка исходного уровня эмоционально-поведенческих реакций по шкале HADS показала отсутствие симптомов тревоги и депрессии. У студентов, получавших терапию комплекса витаминов с аскорбатом лития, на «30-й день» исследования произошло улучшение настроения, о чем говорит значимое уменьшение суммарного балла тревоги и депрессии. В тоже время, у студентов контрольной группы суммарные баллы этих показателей по шкале HADS не изменились. Полученные результаты показывают клиническую мнестическую, антидепрессивную и противотревожную эффективность исследованного препарата у молодых людей, что может быть связано с нейропротекторными свойствами компонентов, входящих состав ВМК. Следует уточ-

нить какие компоненты ВМК витамины или минералы являются значимыми для улучшения когнитивных функций и повышения эмоционально-поведенческих реакций. На исходном рубеже исследования было установлено, что у студентов исследуемых групп определен одинаково низкий уровень обеспеченности витаминами. Балльную оценку гиповитаминозов в порядке убывания можно представить следующим образом: витамин В1 > витамин С > витамин В6. Кроме того, у исследуемых выявлен дефицит лития. Курсовое применение ВМК с органическими солями лития достоверно уменьшает общую сумму баллов дефицита лития и гиповитаминоза на «30-й день» исследования. В контрольной группе через четыре недели исследования дефицит лития усилился, а балльная оценка гиповитаминозов не имела динамики. В ВМК содержание витамина В1 и витамина В6 в одной таблетке находятся в диапазоне суточной дозы для этих витаминов, что компенсирует дефицитные состояния витаминов В1 и В6 при оценке признаков их недостаточности. Включение лития в состав данного комплекса определяет значимое противотревожное, антидепрессивное и стабилизирующее настроение действия у молодых людей, т.к. литий обладает нормотимической, антиоксидантной, иммунобиологической активностью. Содержание витаминных составляющих и аскорбата лития в одной таблетке является оправданным, поскольку включены совместимые между собой компоненты и можно рассчитывать на суммацию их положительных эффектов.

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ – ФАКТОР РИСКА СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Дьяконова Е.Н., Шниткова Е.В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Одной из важнейших проблем педиатрической науки является формирование здоровья детей, испытавших неблагоприятные воздействия в ante-, intra- и раннем неонатальном периодах. Особую тревогу вызывают дети, страдающие последствиями гипоксически-ишемического и травматического поражения нервной системы. На основании проведенных нами длительных, с рождения до 18 лет (индивидуализирующих, лонгитудинальных) клинических наблюдений и специальных методов исследования уровня здоровья одних и тех же детей (1050 человек) предложена и в течение многих лет эффективно используется технология диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими гипоксическое поражение центральной нервной системы. Однако в последние годы нарушаются сроки и этапы реабилитации этих детей.

Целью нашей работы было выявление соматоневрологической коморбидности у детей, перенесших перинатальное гипоксически-ишемическое

поражение центральной нервной системы и анализ причин, по которым снижается эффективность реабилитации новорожденных детей при данной патологии.

Ежегодно в отделении патологии новорожденных ОБУЗ ДГКД № 1 г. Иванова проходят лечение 640–700 новорожденных. В последнее время новорожденные поступают в стационар для реабилитации в возрасте 18–20 дней из поликлиник в два раза чаще, чем из родильного дома и срок этого поступления еще больше затягивается, что в целом неблагоприятно сказывается на формировании их здоровья и дальнейшего развития. Установлено, что последнее время часто не соблюдаются сроки и последовательность этапов реабилитации.

Под наблюдением находилось 187 новорожденных с диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (67,9%), острое респираторное заболевание (11,8%), пневмония (1,6%), инфекции неонатального периода (4,3%), синдром задержки внутриутробного развития (10,7%), конъюгационная желтуха (23,0%), гемолитическая болезнь новорожденных (1,6%), врожденные пороки развития (14,4%), из которых ведущее место занимают врожденные пороки сердца.

При дополнительном обследовании у них было выявлено: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС в 100,0% случаев, преимущественно в виде гипертензивного синдрома (90,9%), у 9,1% регистрировался гидроцефальный синдром, сочетающийся с внутрижелудочковыми кровоизлияниями, у 19,3% х – с повреждением шейного отдела позвоночника.

11,2% детей имели врожденные пороки сердца, у 18,2% имелось открытое овальное окно, малые аномалии развития сердца – у 21,4%, нарушения строения почек у 25,1%, аномалии развития желчного пузыря у 10,2%.

Нарушения пищеварительной системы в форме кишечного дисбактериоза отмечены у 21,4%, в том числе в виде энтероколита у 18,2% детей. Полицитемический синдром выявлен у 18,2% детей. У 18,2% детей сформировалась гипотрофия 1–2-й степени смешанного генеза.

Остается недооцененной негрубая симптоматика первых дней жизни, которая, будучи не манифестной, а потому и незамеченной, затем проявляется многими неврологическими нарушениями, как на первом году жизни ребенка, так и в более старшем возрасте.

Если неврологические нарушения достаточно выражены, ребенок переводится в неонатологический стационар, где осматривается неврологом и получает лечение под его контролем. В случае среднетяжелых и относительно легких церебральных повреждений дети выписываются на участок и осматриваются неврологом только в возрасте 1-го месяца жизни («группа риска») или в 3 месяца, если риск «отсутствует».

Наши исследования доказали, что перенесенная перинатальная гипоксия частично блокирует реализацию программы развития, способствует

изменению темпового соотношения формирования отдельных органов и систем, приводит к аномалии развития, как анатомического, так и функционального характера. Биохимические, функциональные, дезадаптивные нарушения пролонгируются микросоциальными, биологическими, экологическими особенностями жизни детей на фоне нарушения стартовых показателей в раннем возрасте под влиянием перинатальной гипоксии.

В настоящее время прослеживаются два диаметрально противоположных подхода к лечению: от полного отказа от всякого лечения до чрезмерно активного лечения и попыток полной фармакологической «нейропротекции». Практически отсутствуют данные контролируемых клинических испытаний препаратов, применяемых у новорожденных при этих состояниях.

При этом наиболее эффективным периодом реабилитации полиорганного многоуровневого нарушения постнатального онтогенеза является период новорожденности. Также этот период считается периодом мнимого благополучия и часто не позволяет своевременно выявить имеющуюся у ребенка патологию. Имеется обеспокоенность в том, что в дальнейшем, без ранней реабилитации, которая дает высокую эффективность в реабилитации, возрастет число детей с декомпенсированными формами и, как следствие, детская инвалидность. Каждому ребенку необходима в первые две недели жизни консультация невролога или неонатолога, окулиста, проведение нейросонографического исследования головного мозга, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ЭХО-СК сердца, исследование общего анализа крови, мочи, биохимического анализа крови.

Длительность диспансерного наблюдения должна зависеть в первую очередь от тяжести перинатального поражения и даже при легких формах дети должны находиться на диспансерном учете.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ТКАНЯХ ЯЗЫКА С ПОМОЩЬЮ ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ

Жулев Е.Н., Тиунова Н.В.

ФГОУ ВО НижГМА Минздрава России

Глоссалгия обычно рассматривается как симптомокомплекс, который проявляется следующими клиническими признаками: болью и жжением языка, сухостью в полости рта, покалыванием и зудом языка, проходящими во время приема пищи (Казарина Л. Н., 2000; Либих Д. А. и др., 2015; Jimson S. et al., 2015). Патогенетическими звеньями глоссалгии являются тканевая гипоксия и нарушения микроциркуляции, обусловленные вегетативными нарушениями (Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., 2013; Liu B. L. et al., 2015) и дезрегуляцией центральных ноцицептивных структур головного

мозга (Скуридин П. И. и др., 2015). Показатель микроциркуляции в значительной мере определяет кислородный режим тканей, в частности языка, что имеет прямое отношение к чувствительности болевых рецепторов (Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., Воложин А. И., 2008).

Среди способов изучения микроциркуляции тканей языка в клинической практике известны радиоизотопный метод (Борисова Э. Г., 2004), биомикроскопия, ультразвуковая доплерография, лазерная доплеровская флоуметрия (Казарина Л. Н., 2000; Вдовина Л. В., 2005; Борисова Э. Г., 2014; Giuseppe A. Scardina, 2009). Однако все эти методы требуют наличия специального и дорогостоящего оборудования, что затрудняет их широкое применение в практике.

Известно, что нарушения в микроциркуляторном русле приводят к снижению местных температурных показателей, что позволяет провести диагностику заболевания по изменению температуры. В последнее время для диагностических целей нашли широкое применение инфракрасные термометры, как в медицине (способ определения микроциркуляторных повреждений при шоке (RU 2480183 C1, 27.04.13), способ электрометрической диагностики тканевых изменений при синдроме диабетической стопы (RU 2465814C2, 10.11.2012), способ диагностики функционального состояния периферических сосудов (RU 2405416 C1, 10.12.2010), способ диагностики гипертиреоза (RU 2187954 C2, 27.08.2002), способ диагностики перикраниальных и шейных мышечных расстройств при головной боли (RU 2160039, 10.12.2000), окклюзионных заболеваний артерий конечностей (RU 2143220 C1, 27.12.1999), так и в стоматологии (способ прогнозирования послеоперационных осложнений у стоматологических пациентов (RU 2491881 C2, 10.09.2013), способ диагностики дисфункции жевательных мышц (RU 2465815 C1, 10.11.12)).

Цель исследования: оценка микроциркуляции тканей языка с помощью инфракрасной термометрии.

В основу предлагаемого способа положены собственные наблюдения 100 больных глоссалгией и 100 практически здоровых пациентов в сопоставимой возрастной группе, которые находились на лечении и диспансерном наблюдении в стоматологической поликлинике Нижегородской государственной медицинской академии с 2013 по 2016 гг.

При проведении исследования пациент должен находиться в состоянии покоя, в день исследования не следует исключить прием лекарственных препаратов и проведение процедур, воздействующих на интенсивность и скорость кровообращения. Исследование проводится при комнатной температуре с помощью инфракрасного термометра «СЕМ-Thermo Diagnostics». Рабочая часть изолируется пищевой пленкой, температуру измеряют в центре, боковых поверхностях языка (симметрично) и в области кончика языка, соответственно локализации болевых ощущений. Критерием точности из-

мерений является повторяемость результатов измерений в одной и той же точке с разницей не более 0,2°C.

При анализе данных пациентов контрольной группы разница температур в исследуемых точках языка составляла не более 0,5°C. У больных глоссалгией при градиенте температур больше 0,6°C диагностировали нарушения микроциркуляции в болевых точках языка.

Данные измерения температуры сопоставляли с данными, полученными при проведении в аналогичных точках лазерной доплеровской флоуметрии, что также подтвердило микроциркуляторные нарушения.

Следовательно, изучение состояния микроциркуляции в тканях языка путем сравнения температур в реперной точке (центр языка) и болевых точках (боковые поверхности и кончик языка) позволило сделать следующий вывод: при градиенте температур больше 0,6–0,8°C диагностируется нарушение микроциркуляции в болевых точках языка. Метод инфракрасной термометрии прост в применении, не требует специально обученного персонала, позволяет быстро и неинвазивно диагностировать нарушения микроциркуляторного звена в языке.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА СРЫГИВАНИЯ И РВОТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

Завьялова А.В.¹, Фадева О.Ю.¹, Тонеев П.Ю.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»

В современных условиях характер гастроэнтерологических заболеваний претерпевает изменения. Это проявляется «омоложением» хронической патологии органов пищеварения. Проведенные ранее исследования показали, что синдром упорных срыгиваний и рвот практически у всех младенцев ассоциируется с заболеваниями эзофагогастродуоденальной зоны, причем в 60% случаев верифицируются органические поражения. Высокий удельный вес данной патологии актуализирует вопрос о необходимости проведения лечебных мероприятий младенцам с синдромом срыгиваний и рвоты в целях профилактики заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта воспалительного генеза.

Цель: оценить эффективность лечения синдрома упорных срыгиваний и рвот у детей раннего возраста в целях профилактики возникновения органических поражений эзофагогастродуоденальной зоны.

Клиническое наблюдение и инструментальное обследование (ФЭГДС, продолжительная поэтажная рН-метрия) проводилось на базах кафедры

детских болезней педиатрического факультета, ОБУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница» и ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница». Проведено комплексное обследование 43 младенцев в возрасте первого года жизни с синдромом упорных срыгиваний и рвот. В исследования не включались дети с воспалительными заболеваниями эзофагогастроуденальной зоны. Обследование больных осуществлялось при поступлении в клинику и через полгода после проведения курса лечебно-профилактических мероприятий.

Полученные в ходе работы результаты подтвердили, что в клинической картине функциональных заболеваний гастродуоденальной зоны у младенцев отмечались срыгивания сразу и/или через час после каждого кормления, и/или перед следующим кормлением, «фонтаном» или «полным ртом», неизменным или «створоженным» молоком. Периодически у ребенка наблюдались рвоты. При оценке кислотообразующей функции желудочно-кишечного тракта (по данным продолжительной поэтажной рН-метрии), установлено, что у половины детей (48,8%) регистрируется нарушение кислотообразующей функции в виде гиперацидности, а у 5% гипоацидность. Анализ нарушения моторно-эвакуаторной функции показал, что у 40% младенцев регистрируются моторные нарушения в виде гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов. Всем детям с различными нарушениями функции эзофагогастроуденальной зоны проводились лечебно-профилактические мероприятия курсом 7–10 дней:

1. Антирефлюксное положение с приподнятым головным концом.
2. Исключение всех факторов, способствующих повышению внутрибрюшного давления (тугое пеленание, метеоризм, запоры).
3. Для детей на естественном вскармливании проводился индивидуальный расчет суточного и разового объема питания, в соответствии с возрастом и массой тела ребенка, разрабатывался режим питания и диета матери. Для детей на искусственном вскармливании учитывался характер нарушения функции, при гиперацидности исключались кисломолочные смеси и продукты прикорма, при нарушении моторики использовались смеси с загустителями.
4. При гиперацидных состояниях назначались антацидные средства (препаратом выбора является гидроксид алюминия в сочетании с гидроксидом магния).
5. При моторных нарушениях верхних отделов пищеварительного тракта прописывали прокинетики (препаратом выбора является домперидон в суспензии).

Повторное обследование детей, проведенное через полгода, показало, что у 98% детей полностью купирован синдром срыгивания и рвоты. По данным инструментальных исследований (ФЭГДС) органической патологии не выявлено.

Таким образом, дифференцированный терапевтический подход у детей раннего возраста с синдромом упорных срыгиваний и рвот, направленный на коррекцию секреторных и моторных нарушений, снижает риск развития патологии эзофагогастродуоденальной зоны воспалительной природы.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ОСНОВНОЙ ПУТЬ СНИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ковалевская Е.О.¹, Егорова М.В.¹, Михайлова И.Ю.²

¹ ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

² ГАУЗ МО «Стоматологическая поликлиника г. Железнодорожного»

Реформа здравоохранения в Российской Федерации ставит задачу приведения стоматологической службы в соответствие с социальной и экономической целесообразностью функционирования. Единственный действенный путь снижения стоматологической заболеваемости – профилактика. В соответствии с рекомендованными ВОЗ глобальными целями и задачами к 2020 году и Концептуальной моделью развития стоматологии в Российской Федерации в Московской области проводится внедрение программ комплексной профилактики развития стоматологических заболеваний и патологии челюстно-лицевой системы среди детского населения.

Цель – разработать и внедрить в практику приемлемые и экономически эффективные системы профилактики стоматологических заболеваний на основе устранения общих факторов риска.

Методы исследования: анкетирование, анализ эпидемиологических данные.

Задачи: выявить преимущественное влияние факторов риска стоматологических заболеваний для каждого округа региона (Московской области); сформировать группы из врачей-стоматологов, врачей-стоматологов детских, челюстно-лицевых хирургов детских, ортодонтов, акушеров-гинекологов, педиатров, остеопатов, отоларингологов детских, ортопедов детских, логопедов, педагогов, психологов для обеспечения постоянного мониторинга состояния здоровья детей разных возрастных групп, находящихся под воздействием тех или иных неблагоприятных факторов, и ранней диагностики; интегрировать программы достижения стоматологического здоровья с другими социальными программами, влияющими на общее здоровье.

Московская область является регионом, административные части которого имеют существенные различия не только по находящимся на их территории предприятиям, составу населения, но и по природным условиям. Кроме того, уровень миграции населения в области невероятно высок. В

связи с этим на первом этапе врачам-стоматологам предложено по данным ситуационного эпидемиологического анализа (результаты мониторинга органов Роспотребнадзора, статистические отчеты ЛПУ и результаты анкетирования прикрепленного населения) составить ориентировочный эпидемиологический факторный профиль рисков для своего контингента пациентов. В соответствии с этим профилем (который должен пересматриваться ежегодно или в связи с любыми непрогнозируемыми изменениями экологии, уровней заболеваемости) стоматолог составляет план совместных консультаций врачей разных специальностей для всех пациентов (детей, подростков, родителей и тех, кто готовится стать родителями). В ходе консультирования используются открытые вопросы, техники активного слушания, при выявлении рисков – оценка уровня их понимания пациентами и их родителями. Задачей на этом этапе является изучение социально-демографических характеристик пациентов, оценки мотивации обращения за помощью и ожидаемых результатов. По результатам совместных консультаций составляются индивидуальные планы диспансеризации, профилактики, лечения и реабилитации (при необходимости). Задачей на этом этапе является повышение уровня внимания к проблемам пациентам, объема уделяемого ему времени, предоставления наиболее полного спектра диагностических возможностей (в том числе – направления в ЛПУ более высокого уровня технического оснащения). Следующим этапом является диспансеризация. Стоматолог определяет лишь периодичность осмотров в зависимости от состояния стоматологического и общего здоровья. На данном этапе главной задачей является изменение мотивации пациентов – перевод обращений за стоматологической помощью из разряда удовлетворения базовых потребностей (избавление от боли и дискомфорта, стремления к безопасности) в разряд удовлетворения высших (стремление к эстетическому совершенству, забота о повышении собственного статуса), то есть воспитательный «переворот пирамиды потребностей». Ожидаемым результатом будет планирование посещений стоматолога самим пациентом, а не только врачом, что сделает посещение стоматологической клиники более комфортным и обеспечит раннюю диагностику и минимизирует травматичность вмешательств.

Разработана обучающая программа проведения «школ здоровья и профилактики патологии зубочелюстной системы» для медицинского персонала.

Итак, внедрение комплексного обследования, консультирования, лечения и реабилитации детей, начиная с перинатального периода, позволит врачам перейти к персонализированному предиктивному подходу к профилактике стоматологических заболеваний, который, при условии применения на нескольких поколениях, приведет к реальному снижению заболеваемости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ GRACE ДЛЯ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Корнилов Л.Я.¹, Гудухин А.А.¹, Калинина Н.Ю.¹, Алеутская О.Н.¹,
Андреев А.Г.², Васильев В.В.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ ГКБ № 3, г. Иваново

В настоящее время шкала GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) используется для оценки риска смерти больных с острым коронарным синдромом (ОКС) как на госпитальном этапе, так и в течение последующего полугодия, а также для принятия решения о необходимости проведения коронарографии у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST. Вместе с тем ее можно использовать не только прогноза развития ОКС с подъемом сегмента ST, но и оценки тяжести состояния больного и выбора алгоритма его лечения.

Целью данного исследования стало изучение частоты развития осложнений в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и эффективности тромболитической терапии среди пациентов с различным уровнем риска по шкале GRACE.

Всего в условиях кардиологического отделения городской больницы обследовано 285 больных, поступивших с диагнозом ОКС, у которых затем был диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST (средний возраст $67,7 \pm 0,7$ года). Всем пациентам проводилась комплексная терапия с использованием системного тромболитика. Подсчет баллов по шкале GRACE выполнялся при помощи автоматического калькулятора. Риск, оцениваемый по шкале GRACE, считался низким при прогнозируемой смертности менее 1%, средним – от 1 до 3%, высоким – более 3%.

По результатам стратификации больные распределились на 3 группы. Первую группу составили 27 (9,5%) пациентов с низким риском, вторую – 147 (51,6%) со средним и третью – 111 (38,9%) с высоким риском смерти в период госпитализации.

Пациенты первой группы были достоверно ($p < 0,05$) моложе (средний возраст $48,5 \pm 1,8$ года) по сравнению с двумя другими группами ($63,7 \pm 0,8$ и $74,7 \pm 0,9$ года). У 7 (25,9%) из 27 больных с низким риском смертельного исхода ОИМ был повторным. Тромболитиз оказался эффективным у 22 (81,5%). В 6 (22,2%) случаях сформировалась хроническая аневризма левого желудочка. 1 (3,7%) пациент скончался от фибрилляции желудочков.

Во второй группе у 36 (24,5%) пациентов ОИМ был повторным. При госпитализации все больные имели 1 степень сердечной недостаточности по классификации Killip, однако в ходе терапии у 5 (3,4%) развился кардиогенный шок (1 с летальным исходом), у 7 (4,8%) развилась фибрилляция желу-

дочков с летальным исходом. У 16 (10,9%) больных сформировалась хроническая аневризма левого желудочка. В 14 случаях диагностирован тромб ЛЖ. Показатель летальности в этой группе составил 5,4% (8 пациентов). Эффективность тромболитической терапии отмечена у 117 (78,3%).

Среди обследованных с высоким риском смерти (третья группа) повторный инфаркт миокарда диагностирован у 42 (37,8%) пациентов. При госпитализации в 14 (12,6%) случаях наблюдалась клиника отека легких, в 28 (25,2%) случаях – кардиогенного шока. У 10 (9,1%) пациентов сформировалась аневризма ЛЖ. У 27 (24,3%) больных в ходе терапии наблюдалось нарушение сердечного ритма и проводимости. Зафиксировано 22 летальных случая (19,8%), что оказалось достоверно выше по сравнению со второй группой ($p < 0,001$). От кардиогенного шока скончалось 11 больных, в 7 случаях причиной смерти послужил разрыв стенки ЛЖ, в 3 случаях – фибрилляция желудочков, в 1 случае – острый мезентериальный тромбоз. Тромболитическая терапия оказалась эффективной у 81 (72,9%) больного.

Таким образом, среди больных ОИМ с подъемом сегмента ST наиболее часто (51,6%) выявлялись пациенты, имевшие средний риск развития летального исхода по шкале GRACE на госпитальном этапе терапии, реже – пациенты с высоким (38,9%) и низким (9,5%) риском. Наиболее высокая летальность (19,8%) оказалась в группе высокого риска, где наиболее часто развивались такие осложнения, как кардиогенный шок, отек легких, нарушение ритма сердца и проводимости, разрыв стенки левого желудочка. Стратификация риска по шкале GRACE у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST позволяет не только выделить группу пациентов, угрожаемых на развитие смертельного исхода, но и дает возможность определить лиц, нуждающихся в интенсивной, в том числе тромболитической терапии, а также в профилактике возникновения нарушений сердечного ритма, проводимости и формировании хронической аневризмы ЛЖ. Пациенты с высоким риском развития смертельных осложнений ОИМ требуют более щадящего темпа расширения двигательного режима на основании мониторинга реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем на физическую нагрузку.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРИЗНАКОВ СУЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ОККЛЮЗИИ

**Курчанинова М.Г., Касаткина А.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Основными причинами нарушения носового дыхания в детском возрасте являются гипертрофия глоточной и / или небных миндалин, хронический отёк слизистой оболочки носа, искривление носовой перегородки.

Длительное ротовое дыхание в детском возрасте приводит к патологической адаптации структур челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), в ущерб гармоничному морфологическому и функциональному росту этих структур. Формируется «аденоидный» тип лица, готическое небо, узкая верхняя челюсть, блокировка нижней челюсти в дистальном положении, развивается мышечный дисбаланс, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Цель – изучить распространённость признаков сужения дыхательных путей по телерентгенографии головы (ТРГ) в боковой проекции при различных видах аномалии окклюзии у детей 6–12 лет в городе Иваново.

Проведено анкетирование, осмотр ортодонтом и анализ ТРГ головы в боковой проекции у 237 детей. Первую группу составили дети 6–9 лет (42 мальчика и 86 девочек), вторую – 10–12 лет (34 мальчика и 75 девочек). Для определения степени сужения дыхательных путей в отделе носоглотки по ТРГ головы в боковой проекции измеряли в миллиметрах расстояние между границей мягкого нёба и точкой, которая была наиболее проксимальна по отношению к глотке.

Среди детей первой группы распространённость ЛОР-патологии, со слов родителей, составляет всего 20%. По данным ТРГ, у 56,25% детей ширина носоглотки меньше 6 мм, ширина дыхательных путей от 4,1 до 6 мм выявлена в 37% случаев, пространство носоглотки от 2,1 до 4 мм – у 16%, от 0 до 2 мм – 3%.

Среди обследованных второй возрастной группы распространённость ЛОР-патологии, по данным анкетирования и анализа ТРГ, составила 16 и 27% соответственно. Сужение дыхательных путей от 4,1 до 6 мм выявлено в 18% случаев, от 2,1 до 4 мм – в 7%, от 0 до 2 мм – в 2%. Несмотря на инволюцию аденоидов, число детей с 3 степенью сужения носоглотки сохраняется на прежнем уровне.

В первой и второй возрастной группах преобладает II скелетный класс окклюзии (61,5 и 62,5% соответственно). В подгруппах с сужением дыхательных путей, выявленным по ТРГ головы в боковой проекции, число детей со II скелетным классом выше на 19% (в возрасте 6–9 лет) и на 7% (в возрасте 10–12 лет).

Что касается типа роста лицевого отдела черепа у детей 6–9 лет в подгруппе с шириной носоглотки более 6 мм преобладает нормодивергентный тип роста (45%), являющийся относительно благоприятным для саморегуляции II скелетного класса. В подгруппе с рентгенологическими признаками сужения дыхательных путей преобладает гипердивергентный тип роста (47%). Среди детей 10–12 лет в обеих подгруппах число гипердивергентных и нормодивергентных приблизительно одинаков. Такое улучшение данных связано с возрастной адаптацией в процессе роста носоглотки и лица, происходит изменение наклона плоскости верхней челюсти. Сужение верхней челюсти, развившееся вследствие ротового дыхания, требует как можно

более раннего устранения, чтобы остановить усугубление аномалии окклюзии и сбалансировать рост ЧЛО. Для получения скелетного эффекта используется аппарат быстрого расширения верхней челюсти (RME). После RME отмечено увеличение ширины верхних дыхательных путей, улучшение носового дыхания.

По результатам исследования установлено, что ТРГ головы в боковой проекции является методом скрининг анализа степени обструкции дыхательных путей. Число детей с сужением носоглотки, выявленной с помощью ТРГ, значительно превосходит число детей с ЛОР-патологией, выявленной в результате анкетирования. Детей со II скелетным классом окклюзии и гипердивергентным типом роста лицевого скелета больше в подгруппе с сужением носоглотки. В возрастной группе 10–12 лет встречаемость зубочелюстных аномалий остаётся на прежнем уровне, что говорит об их закреплении. Дети с классическими симптомами обструкции дыхательных путей, при отсутствии гипертрофии глоточных миндалин по ТРГ головы в боковой проекции, должны пройти назофарингоскопию в целях уточнения диагноза. Ортодонтическое лечение с RME имеет благоприятный эффект на проходимость верхних дыхательных путей, на изменение костных структур лицевого отдела черепа и в дальнейшем реализации потенциалов роста.

ПРОФИЛАКТИКА РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В НАЧАЛЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Логин И.В., Данилова Н.Б.

Санкт-Петербургский государственный университет

В связи с тем, что туберкулез является одним из социально значимых заболеваний мегаполиса и обладает высоким уровнем контагиозности, а также из-за сложившихся современных социально-экономических условий и увеличения потока мигрантов в крупные города, возросла угроза инфицирования. Наиболее высокий удельный вес иностранных граждан среди выявленных больных туберкулезом отмечен в Санкт-Петербурге (18,2%). В настоящее время показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза в Санкт-Петербурге значительно ниже общероссийских, однако прогнозы развития эпидемической ситуации остаются неутешительными: инфицированность взрослого населения к 20–25 годам достигает 80%. В Санкт-Петербурге на учете состоит около 73 тысяч больных туберкулезом, из них 8 тысяч пациентов с активной формой заболевания. В связи со снижением резистентности организма у данной группы населения, поражается полость рта, в результате чего возникает необходимость оказания стоматологической помощи, что приводит к увеличению потока таких пациентов вambu-

латорно-поликлинические учреждения стоматологического профиля. В свою очередь увеличивается риск заражения туберкулезом не только среди посетителей лечебного учреждения, но и среди медицинского персонала, в том числе среди молодых специалистов, начинающих свою практическую деятельность.

Столкнувшись с пациентом, больным туберкулезом, врач-стоматолог обязан не только оказать ему всю необходимую помощь, но и принять все меры профилактики для предотвращения распространения и заражения инфекцией. Мы предлагаем перечень профилактических мер, которые позволят минимизировать риск инфицирования туберкулезом врачей-стоматологов и сохранить здоровье молодых специалистов: строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима стоматологических кабинетов – ежегодное прохождение флюорографического обследования согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 302н от 12.04.2011 г.; полноценное использование средств индивидуальной защиты; совершенствование своих знаний в области эпидемиологического статуса населения, с учетом современных социально-экономических условий и требований современной стоматологии.

Из-за высокого уровня контагиозности данного заболевания риск заражения туберкулезом врача-стоматолога возможен на всех этапах лечебного процесса: при проведении внешнего осмотра пациента; при лечебно-диагностических манипуляциях в полости рта; при экстренных ситуациях.

Данный фактор побудил нас провести анкетирование молодых специалистов с целью выявления уровня готовности к клинической ситуации оказания стоматологической помощи инфицированному пациенту, перед началом самостоятельной врачебной деятельности. Мы разработали анкету и провели опрос среди студентов стоматологического факультета для анализа информированности молодых специалистов о противотуберкулезной профилактике и правилах ведения лечебно-диагностической работы с больными туберкулезом пациентами.

Были опрошены 33 молодых специалиста, которые в скором времени начнут свою самостоятельную практическую деятельность. По данным анкетирования: никакой информацией о данном заболевании не владеют 6,1% опрошенных; 99% не знают, какие признаки в полости рта свидетельствуют об инфицированности пациента; только 18% знают, какие меры профилактики предпринять для снижения риска инфицирования.

Итак, данные анкетирования показали, что уровень готовности к выполнению самостоятельной практической деятельности недостаточен, также была выявлена необходимость четкого выполнения молодыми специалистами противозидемического режима, включая все способы и методы индивидуальной защиты.

ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ДЕТЕЙ

Мандров С.И.¹, Жданова Л.А.¹, Виноградова И.С.²,
Мадамина О.Ж.¹

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² БУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации»,
г. Иваново

В настоящее время представляется важным попытаться ответить на два вопроса: обуславливает ли билиарный сладж (БС) клинические симптомы и является ли стадией формирования желчных камней? Исследования последних лет показывают, что ответы на эти вопросы могут быть положительными, однако фактических данных для утвердительного ответа не хватает. Пока возможен единственный ответ: пациенты со БС представляют гетерогенную группу, в которой прогноз может быть как благоприятным (спонтанное исчезновение), так и неблагоприятным (формирование желчных камней). В связи с этим для диагностики начальной формы желчнокаменной болезни приобретает анализ ее наиболее ранних клинических проявлений, поскольку наличие нескольких форм БС позволяет предполагать различную выраженность его проявлений.

Цель – установить информативную ценность клинических проявлений различных форм билиарного сладжа.

Проведено обследование 93 детей в возрасте от 11 до 17 лет с начальной стадией желчнокаменной болезни.

Диагностика билиарного сладжа (БС) осуществлялась на основании клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования, включающих выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Нами установлено, что наиболее часто встречались дети с БС в форме эхонеоднородной желчи со сгустками (ЭЖС) – 41,9% и взвеси гиперэхогенных частиц (ВГЧ) – 35,9%. Значительно реже (22,6%) у детей отмечалась замазкообразная желчь (ЗЖ).

Диагностическая ценность клинических данных измеряется количеством информации, вносимым данным показателем в диагноз заболевания. В качестве единицы информации мы использовали биты. Согласно современной теории информации в кибернетике, один бит – это внесенная информация, равная этой диагностической ценности.

Диагностическая ценность показателя, определяющая значимость данного признака через количество информации, вычислялась по формуле:

$$Z K/Di = PK/Di \log_2 PK/D1/PK/D2, \text{ где}$$

ZK/Di – диагностическая ценность (в бит) показателя при диагнозе (БС);

PK/Di – частота показателя К при диагнозе D1 (БС);

PK/Di – частота показателя К в целом.

Для детей с БС в форме ВГЧ наиболее информативны клинические признаки синдрома в виде сжимающих (0,1 бит), непродолжительных (0,2 бит) болей с отсутствием характерной зоны локализации, без распространения (0,2 бит), возникающих утром и днем (0,1 бит), сопровождающихся вегетативными изменениями в виде потоотделения (0,1 бит), тошнотой (0,1 бит), отрыжкой (0,1 бит), возникающих после эмоционального напряжения (0,1 бит) и уменьшающихся после отдыха (0,1 бит). Для данной формы БС характерно повышение антиоксидантной защиты (0,2 бит), повышение уровня уксусной (0,3 бит) и снижение пропионовой (0,2 бит) кислот.

БС в форме ЭЖС с наибольшей вероятностью можно диагностировать при наличии тупых (0,1 бит), непродолжительных (0,2 бит) болей без характерной зоны локализации, нередко опоясывающего (0,2 бит) характера, сопровождающихся повышенной потливостью (0,1 бит), беспокойством (0,1 бит), нарушениями стула в виде поноса или запора (0,1 бит), возникающих утром (0,1 бит) и днем (0,1 бит), провоцируемых употреблением жирной, жареной пищи (0,1 бит) и уменьшающихся после отдыха и приема пищи (0,1 бит). Характерен для лиц с высокой ситуативной тревожностью (0,2 бит). Сопровождается повышением антиоксидантной защиты (0,2 бит), снижением уровня масляной (0,2 бит) и изовалериановой (0,2 бит) кислот.

БС в форме ЗЖ с высокой вероятностью можно диагностировать при наличии ноющих (0,2 бит), тупых (0,2 бит) болей с характерной локализацией в области правого подреберья (0,3 бит), продолжительного (0,2 бит) характера, с распространением в правое плечо (0,2 бит), лопатку (0,1 бит), сопровождающихся тошнотой (0,1 бит), горечью во рту (0,1 бит), изжогой (0,1 бит), метеоризмом (0,1 бит), запором (0,1 бит), возникающих в любое время суток (0,1 бит) и купирующихся спазмолитическими препаратами (0,1 бит). Для детей с БС в форме ЗЖ наиболее характерны: высокая личностная тревожность (0,4 бит), признаки аномалии развития ЖП (0,2 бит), воспаление в стенке ЖП (0,3 бит), транзиторные изменения в поджелудочной железе (0,3 бит), усиление процессов ПОЛ (0,4 бит), значительное снижение антиоксидантной защиты (0,4 бит), увеличение концентрации уксусной кислоты (0,3 бит), снижение содержания пропионовой (0,5 бит), масляной (0,3 бит) и изовалериановой кислот (0,3 бит).

Таким образом, своевременное выявления различных вариантов БС, установление его ранних клинических признаков открывает определенную перспективу для проведения мероприятий по первичной и вторичной профилактике желчнокаменной болезни.

КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ САРКОПЕНИИ И ЕЕ ФЕНОТИПОВ

Мясоедова С.Е.¹, Рубцова О.А.², Корягина Н.В.¹,
Карманова В.Б.¹, Васильева Н.В.¹

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4», г. Иваново

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита (синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов. Хроническое воспаление при РА приводит к изменениям жировой, мышечной массы на фоне снижения минеральной плотности кости. Особый интерес вызывает проблема саркопении при РА, наличие которой увеличивает риск падений и переломов. Саркопения – состояние, проявляющееся прогрессирующей потерей мышечной массы, мышечной силы с последующим снижением физических способностей и, соответственно, качества жизни человека. Низкая мышечная масса, оцениваемая по индексу тощей массы (ИТМ) рассматривается как основной критерий саркопении. Значимость саркопении в клинической практике определяется тем, что данное состояние приводит к инвалидизации, увеличивает коморбидность и смертность. В последнее время в гериатрии большое внимание уделяется различными фенотипам саркопении, среди которых выделяют остеопеническую саркопению, саркопеническое ожирение и остеосаркопеническое ожирение, как наиболее неблагоприятное в плане функциональных нарушений. Проблема саркопении при РА особенно значима в аспекте оценки риска переломов, поскольку саркопения приводит к падениям, которые в свою очередь являются самостоятельным фактором риска переломов наряду с остеопорозом (ОП). Кроме того недавно установлено, что снижение тощей массы рассматривается как предиктор переломов, независимый от FRAX. Исследования с оценкой мышечной массы и саркопении при РА немногочисленны, не определено клинико-диагностическое значение оценки композиционного состава тела и выделения фенотипов саркопении.

Цель работы – установить особенности композиционного состава тела, изменений скелетной мышечной ткани и минеральной плотности кости у пациенток среднего и пожилого возраста при РА по сравнению с женщинами без РА.

В исследование включены 86 пациенток РА в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст – $59,06 \pm 7,52$ года, наблюдавшихся в городском ревматологическом центре ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново. Большинство из них были с серопозитивным РА (76,7%), 1–2 степени активности (90,7%), II рентгенологической стадии (65,1%), I–II функцио-

нального класса (90,7%). Длительность заболевания составляла в среднем $8,49 \pm 9,53$ лет. Группу сравнения составила 81 женщина без признаков РА в возрасте от 47 до 67 (средний возраст $57,4 \pm 5,3$ года). Все пациентки не имели острых инфекционных, сердечно-сосудистых и каких-либо других серьезных хронических заболеваний. Все соответствовали критериям достоверного РА Американской коллегии ревматологов (1987). Оценка композиционного состава тела и МПК в позвоночнике и бедре выполнены с помощью аппарата «Lunar Prodigy» («General Electric»). Содержание мышечной массы оценивали по индексу скелетной мышечной массы конечностей (индексу тощей массы ИТМ). За ИТМ, соответствующий саркопении, принимали показатель $< 5,64$ кг/м² согласно требованиям Европейского консенсуса по определению и диагностике саркопении 2010 г. Факторы риска переломов и падений оценивались согласно рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу 2014 г. Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

У пациенток с РА в отличие от группы сравнения был ниже ($p < 0,05$) индекс массы тела (ИМТ), масса и индекс жировой ткани (ИЖТ), масса жировой ткани верхних конечностей и туловища. В группе РА снижалось содержание тощей массы ($p < 0,05$). Снижение ИТМ, соответствующее саркопении, выявлено при РА у 13,95% (12 из 86) и в отсутствие РА у 4,94% (4 из 81) ($p < 0,05$). Показатели МПК поясничного отдела позвоночника при РА не отличались от группы сравнения, но были ниже ($p < 0,05$) в области шейки бедра. При РА было больше женщин с высоким общим риском переломов ($p < 0,05$) и риском переломов бедра ($p < 0,05$) по шкале FRAX. Большинство женщин обеих групп имели низкую МПК поясничного отдела позвоночника и/или шейки бедра и/или проксимального отдела бедра, что соответствовало остеопении или ОП. Достоверных различий между сравниваемыми группами по частоте остеопении и ОП не выявлено, однако при РА ОП встречался в 1,5 раза и ОП, осложненный переломами, – в 1,6 раза чаще. Анализ структуры композиционного состава тела показал, что ожирение и остеопения/ОП как изолированные состояния встречались нечасто. Саркопения как изолированное состояние, оцениваемое по ИТМ, отсутствовало в обеих группах. У большинства пациенток в обеих группах имелись различные сочетания изменений композиционного состава тела и МПК, а также наблюдалось сочетание остеопении/ОП с ожирением, т. е. остеопеническое ожирение. Саркопения, оцениваемая по ИТМ, не встречалась как изолированное состояние и в большинстве случаев сочеталась либо только с остеопенией/ОП (osteopenическая саркопения), либо с ожирением (саркопеническое ожирение), либо чаще всего с обоими этими состояниями (osteосаркопеническое ожирение).

Изменения композиционного состава тела имеют более неблагоприятные тенденции у женщин с РА по сравнению с лицами без РА. Оценка ком-

позиционного состава тела с помощью рентгеновской денситометрии целесообразна у пациенток РА с остеопенией или ОП для выявления саркопении и ее фенотипов с целью прогноза и коррекции лечения.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Нежкина Н.Н., Чистякова Ю.В., Голубева А.М., Кулигин О.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Актуальность проблемы определяется тем, что такое социально значимое явление, как курение, стало занимать одно из ведущих мест среди факторов риска развития артериальной гипертензии. Оно имеет высокую распространенность в подростковой популяции (по разным данным, от 12 до 35%), особенно в возрасте 15–17 лет. Влияние на управляемые факторы риска является важнейшим аспектом реабилитации и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертензии.

Цель – разработать программу оздоровления для курящих подростков 16–17 лет на основе изучения показателей их здоровья, провести оценку ее эффективности при реализации в условиях вуза.

В исследовании приняли участие 50 курящих подростков 16–17 лет с нормальным артериальным давлением. Из них 30 человек (основная группа) в течение одного учебного семестра 3 раза в неделю занимались по разработанной оздоровительной программой. Контрольную группу составили 20 подростков, которые посещали традиционные занятия физической культуры. Для оценки эффективности применялись методы исследования: расчет индекса курения (ИК), исследование содержания угарного газа (СО) в выдыхаемом воздухе на газоанализаторе («МикроМедикал», Великобритания), анализ вариабельности сердечного ритма (ВРС) на приборе Полиспектр 8/Е («Нейрософт», Россия), исследование аэробной производительности в ходе кардиопульмонального нагрузочного тестирования с газовым анализом выдыхаемого воздуха с применением стандартного велоэргометра и газоанализатора «Металайзер 3В» («Кортекс», Германия), исследование личностной и ситуативной тревожности по методике Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина, уровня переживания психологического стресса по шкале PSM 25 (Лемура – Тесье – Филлиона).

Основой для разработки оздоровительной программы послужили выявленные нами особенности здоровья курящих подростков: напряжение вегетативной регуляции на фоне преобладания гуморально-метаболических влияний на сердечный ритм, высокий уровень ситуативной тревожности и переживания психологического стресса, снижение физической работоспо-

способности на фоне неадекватного усиления легочной вентиляции на пиковой нагрузке. Оздоровительная программа реализовывалась в процессе физического воспитания вуза и включала три модуля: теоретический, динамической самодиагностики и практический. Теоретический модуль состоял из интерактивных мини-лекций с информацией о возможных причинах начала курения в подростковом возрасте, о вреде табачного дыма. Модуль динамической самодиагностики включал в себя оценку самочувствия и настроения, оценку степени мотивации к отказу от курения. Практический модуль проводился в форме психофизической тренировки (Нежкина Н. Н., 2005) и имел свои методические особенности у этих подростков. Практические занятия были направлены на повышение аэробной производительности (аэробный характер динамических упражнений с включением двух коротких интервалов высокоинтенсивной нагрузки), увеличение вагусных влияний и формирование медленного паттерна дыхания для устранения патологической гипервентиляции (дыхательная гимнастика в статической части), снижение тревожности, выраженности переживания психологического стресса и формирование мотивации к отказу от курения (релаксационный сеанс).

Для оценки эффективности оздоровительных программ изучалась динамика показателей: вегетативной регуляции на основе анализа спектральных показателей ВРС, аэробной производительности, индекса курения, содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе, показателей психической сферы. В основной группе подростков, которые занимались по оздоровительной программе, установлена позитивная динамика спектральных показателей ВРС: в фоновой пробе в структуре общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции отмечено снижение неэкономичных гуморально-метаболических влияний на сердечный ритм ($p < 0,05$), при проведении активной ортостатической пробы наблюдалось увеличение общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции ($p < 0,01$) и реактивности парасимпатического отдела ВНС ($p < 0,05$). Полученная динамика показателей отражает рост функционального резерва, повышение экономичности работы организма. Динамическое исследование аэробной производительности показало достоверное увеличение абсолютной и удельной мощности выполненной работы (Вт и Вт/кг) на пиковой нагрузке ($p < 0,05$), а также достоверное увеличение потребления кислорода на момент наступления анаэробного порога (в 1,2 раза) ($p < 0,05$) в основной группе, что указывает на повышение физической работоспособности. У подростков основной группы отмечено снижение уровня ситуативной тревожности (в 1,7 раза) и интегрального показателя психической напряженности (в 1,6 раза) ($p < 0,05$), что свидетельствует о формировании более комфортного, благоприятного психического состояния. Наряду с этим, в данной группе в динамике оздоровительных занятий отмечено достоверное снижение индекса курения ($c 84 \pm 4,3$ до $62 \pm 3,2$;

$p < 0,05$). Проведенный у них анализ уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе показал уменьшение числа студентов, относящихся к категории «постоянный курильщик» (с 50% до 26,7%). Большая часть подростков основной группы (60%) по результатам анкетирования с целью оценки степени мотивации к отказу от курения набрали более 6 баллов, что говорит о формировании у них устойчивой мотивации к отказу от курения.

Итак, научно обоснована и разработана оздоровительная программа для подростков 16–17 лет с факторами риска артериальной гипертензии (курение), доказана ее эффективность в улучшении функционирования вегетативной нервной и кардиореспираторной систем, нормализации состояния психической сферы, а также формировании мотивации к отказу от курения. Разработанная программа может применяться в комплексе мероприятий, направленных на первичную профилактику артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний.

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАНКРЕАТИТОВ У ДЕТЕЙ

**Панфилова А.В., Вотякова О.И., Козлова Е.И., Плетнева А.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Проблемы панкреатологии детского возраста относятся к наиболее сложному разделу клинической гастроэнтерологии. Наиболее частой формой поражения поджелудочной железы у детей является вторичный панкреатит. Частота панкреатитов у детей с патологией органов пищеварения колеблется от 5 до 25% (Завьялкин В. А., 2006). При наличии хронического воспалительного процесса гастродуоденальной зоны в 60–90% случаев имеется сочетание с поражением поджелудочной железы (Полякова С. В., 2009).

Цель исследования – определить факторы риска и клинико-лабораторные особенности поражения поджелудочной железы у детей разных возрастных групп с заболеваниями органов пищеварения с целью ранней диагностики и профилактики панкреатитов.

Исследование проведено на базе гастроэндокринологического отделения для детей ОБУЗ ИвОКБ. Проанализировано 35 историй болезни. Выделено 3 возрастные группы больных: 1 год – 6 лет (14 человек), 7–11 лет (10 человек), 12–17 лет (11 человек). Проведен сравнительный анализ факторов риска поражения поджелудочной железы, клинических проявлений ее поражения, особенностей ультразвуковой картины, функциональной активности поджелудочной железы.

У обследованных выявлены следующие факторы риска поражения поджелудочной железы: отягощенная по заболеваниям желудочно-

кишечного тракта наследственность; нерациональное питание; патология билиарной системы и наличие таких заболеваний желудочно-кишечного тракта, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, колит. В разных возрастных группах значимость указанных факторов различалась. Так, в группе детей от 1 года до 6 лет патология билиарного тракта диагностирована у 42,8% обследованных, наличие заболеваний других органов пищеварения у 57,7%, нерациональное питание имело место в 35,7% случаев. В группе от 7 до 11 лет заболевания верхних отделов пищеварительного тракта – хронический гастродуоденит – выявлены в 60% случаев; нерациональное питание имело место у 70% детей, патология билиарной системы лишь у 20%. В группе детей от 12 до 17 лет нерациональное питание имело место у 91% обследованных, заболевания верхних отделов пищеварительного тракта – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гастродуоденит – у 54%, патология билиарной системы у пациентов этой группы не выявлена. Отягощенная по заболеваниям органов пищеварения наследственность установлена во всех возрастных группах: в 43% случаев у дошкольников, в 60% в группе детей от 7 до 11 лет и в 82% у подростков.

Анализ клинической картины показал преобладание у обследованных симптомов, характеризующих поражение гастродуоденальной зоны и билиарной системы – боли в эпигастральной области, правом подреберье, тошнота, рвота, отрыжка, нарушение стула. Симптомы поражения поджелудочной железы – многократная рвота, не приносящая облегчения, и боль панкреатического характера – выявлены у 40% обследованных детей с одинаковой частотой встречаемости в выделенных группах.

При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы у 2/3 обследованных отмечено наличие в ней фиброзных изменений, характерных для хронического панкреатита: в группе детей от 1 года до 6 лет в 78,6%, 7–11 лет – в 70%, 12–17 лет – в 73% случаев. Это свидетельствует о преобладании у обследованных пациентов заболеваний поджелудочной железы органической природы над функциональными нарушениями. У 54,2% обследованных больных фиброзные изменения в поджелудочной железе сочетались с признаками холестаза. Изучение секреторной функции поджелудочной железы показало нарушение внешней секреции у 63% больных. Нарушение процессов пищеварения по результатам копрологического исследования выявлено у 86% детей в группе от 1 года до 6 лет, у 90% в группе от 7 до 11 лет, у 18% в группе от 12 до 17 лет. При наличии фиброзных изменений в поджелудочной железе частота нарушения ее внешнесекреторной функции выявлялась почти в 2 раза чаще, чем при отсутствии этих изменений. Внутрисекреторная функция у всех обследованных была нормальной.

Выводы. 1. Среди факторов риска поражения поджелудочной железы у детей дошкольного возраста ведущая роль принадлежит патологии билиар-

ного тракта, а у школьников, особенно подростков, – нерациональному питанию. 2. У детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения поражение поджелудочной железы характеризуется формированием хронического панкреатита. 3. Наличие хронического панкреатита в 42,3% случаев сопровождается нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. 4. У детей с отягощенной по патологии пищеварительной системы наследственностью, имеющих заболевания пилородуоденальной зоны и билиарной системы, необходимо проведение целенаправленного лабораторно-инструментального обследования с целью раннего выявления патологии поджелудочной железы и организация рационального питания с целью ее профилактики.

СКРИНИНГ РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

**Романенко И.А., Полятыкина Т.С., Гринштейн В.Б., Белова Г.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

NATION study – исследование по изучению нарушений углеводного обмена (НУО) в России показало, что 20% населения РФ находится в состоянии предиабета (Дедов И. И. и др., 2015), составляя группу высокого риска развития сахарного диабета 2 типа (СД 2). Своевременная диагностика доклинических НУО – единственный реальный путь к эффективной профилактике СД 2. Выявление НУО при проведении диспансеризации взрослого населения осуществляется путем определения уровня глюкозы в крови, однако при этом значительная часть лиц с предиабетом остается вне поля зрения врачей, поскольку уровень гликемии натощак у них может не превышать такового у здоровых людей.

Цель – сравнительная оценка возможностей скрининга ранних НУО путем определения уровня гликемии натощак и посредством выявления порога вкусовой чувствительности к глюкозе при проведении диспансеризации населения.

При проведении диспансеризации у 160 человек (110 женщин и 50 мужчин) в возрасте $52,4 \pm 7,8$ лет были выявлены потенциальные нарушения углеводного обмена посредством определения них уровня абсолютного порога вкусовой чувствительности к глюкозе (АПВЧГ), который достоверно превышал таковой показатель у практически здоровых лиц. Затем у них определяли уровень глюкозы в крови натощак, что было предусмотрено программой диспансеризации.

После оценки уровня гликемии у 75 человек был впервые выявлен СД, у 17 человек диагностировали состояние нарушенной гликемии натощак

(НГН). У 78 обследованных лиц уровень гликемии находился в пределах нормальных величин, поэтому НУО у них не диагностировали. Всем 85 пациентам кроме тех, у кого диагностировали СД (75 чел.), был проведен стандартный глюкозотолерантный тест (ГТТ) и определен уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c). У 70 человек уровень постпрандиальной гликемии через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы находился в пределах от 8,5 ммоль/л до 11 ммоль/л, а процент HbA1c составлял 6,0–6,5%, что соответствовало наличию у них нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ). У 15 человек (9%) из 160 обследуемых лиц со снижением вкусовой чувствительности к глюкозе предполагаемые нарушения углеводного обмена не подтвердились.

Таким образом, при проведении диспансеризации населения диагностика НТГ с помощью определения уровня гликемии оказалась возможной лишь у 17 из 85 пациентов (21%), так как у этих обследованных уровень гликемии натощак оказался повышенным, сочетая обе формы доклинических НУО (НГН и НТГ). Повышение порога вкусовой чувствительности к глюкозе у 15 из 160 обследованных (9%) без нарушений углеводного обмена вероятно было обусловлено изменением вкусовой рецепции в связи с курением и применением эндоnazальных сосудосуживающих препаратов, что необходимо исключать при формировании контингента обследуемых. Определение порога вкусовой чувствительности к глюкозе – неинвазивный метод диагностики предиабета, информативность которого подтверждается традиционными методами диагностики НУО (ГТТ и Hb A1c), он может быть использован для скрининга лиц с предиабетом при диспансерном обследовании больших групп населения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА

Сучкова Г.Д., Тумаркин М.Б.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Среди зудящих дерматозов герпетиформный дерматит Дюринга (ГДД) встречается существенно реже, чем экзема или атопический дерматит (АД). Возможно, это является одной из причин, почему больному с более редким заболеванием иногда ошибочно выставляется диагноз более часто встречающегося. ГДД, как и атопия, нередко манифестирует уже в детском возрасте, и диагноз атопического дерматита впервые может быть поставлен ребенку педиатром или аллергологом, более менее знакомыми с АД, но не представляющими клинических особенностей ГДД с его многообразными формами (в том числе везикулёзной, трихофитоидной, пруригинозной, экзематоидной).

Цель проведенного исследования: привлечь внимание лечащих врачей к вопросу дифференциальной диагностики зудящих дерматозов – ГДД и АД.

Проведен анализ клинического случая ребенка 2002 года рождения, находившегося на лечении в ОБУЗ «Ивановский областной кожно-венерологический диспансер». Пациенту проведено общеклиническое обследование, соответствующее стандартам оказания медицинской помощи больным с ГДД.

Мальчик Б. болен с четырехлетнего возраста, когда у него появились распространенные зудящие высыпания и отмечена эозинофилия в крови, воспринятые врачами как atopический дерматит. В течение последующих пяти лет количество высыпаний то увеличивалось, то уменьшалось, но полной ремиссии не было ни разу. Хотя аллергологический анамнез, как в отношении ребенка, так и в отношении его родителей, был спокойным, и сезонность, характерная для АД, отсутствовала, ни у дерматолога, ни у педиатра первоначально поставленный диагноз сомнений не вызывал. Неоднократно мальчик консультирован аллергологом. Результаты аллергологических проб *in vivo* и *in vitro* были отрицательными. Многократно получал курсы лечения, включающие антигистаминные средства, иммуномодуляторы (в свечах и таблетках), гипоаллергенную диету и топические глюкокортикостероиды. Результат был слабым и нестойким, поэтому ребенок был консультирован дерматологом кожно-венерологического диспансера. Одним из предположительных диагнозов был «дерматит Дюринга». Однако врача смущали папулезные элементы, а также отдельные рубчики на туловище, в связи с чем больной был направлен в областной противотуберкулезный диспансер для исключения папулонекротического туберкулеза. Специфический характер заболевания был исключен, и мальчик был консультирован доцентом кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии. Был поставлен предварительный диагноз «болезнь Дюринга» (?) и рекомендована госпитализация для уточнения диагноза и проведения лечения. Однако родители от госпитализации отказались. Амбулаторно было назначено пробное лечение бисептолом (в связи с отсутствием в аптеках города сульфоновых препаратов). Дальнейшее ухудшение в состоянии ребенка было причиной его направления на повторную консультацию сотрудника кафедры. При осмотре мальчик бледный, худой, сутулый. Высыпания носили распространенный характер с преимущественной локализацией на передней поверхности брюшной стенки, груди, ягодицах, локтях, половых органах с явной склонностью к группировке. На неярких эритемах с расплывчатыми краями имелись многочисленные эрозии, частично покрытые корочками, эксфолиации, единичные пузырьки до 0,3–0,4 см в диаметре, плотные, напряженные, масса гипопигментированных пятен (вторичная лейкодерма), а также немногочисленные поверхностные рубчи-

ки (результат биопсирующих расчесов).

При обследовании в ОБУЗ «Ивановский областной кожно-венерологический диспансер» была выявлена только эозинофилия (10%), назначена общая комплексная терапия, включающая препарат дисулон, содержащий в одной таблетке 100 мг дапсона и 200 мг оксалата железа. Три шестидневных цикла (по ½ таблетке 2 раза в день) с однодневными перерывами привели к исчезновению зуда и высыпаний. Таким образом, диагноз был уточнен путем пробной терапии. В течение последующих двух лет мальчик находился под наблюдением сотрудников диспансера и кафедры. Родители по возможности исключают из его рациона клейковину злаков и продукты, богатые йодом. Больной получает поддерживающую терапию дисулоном по 1/2 таблетке 1 раз в три дня. Пока отменить препарат не удастся: возникают «ссадинки» на коже правого надплечья (над лопаткой), что возможно провоцируется и механическим фактором – ношением рюкзака. Мальчик значительно окреп физически, увлекается плаванием и велоспортом. Выводы: герпетиформный дерматит Дюринга диагностирован у жителя Ивановской области спустя несколько лет после дебюта заболевания. Нежелание родителей госпитализировать ребенка в стационар привело к затягиванию назначения специфической терапии и продлению страдания ребенка, проявляющееся не только в постоянном зуде и стеснении перед сверстниками, но и в задержке физического развития. Случай свидетельствует о недостаточном знании отдельными врачами (аллергологами, педиатрами и даже дерматологами) симптоматики ГДД.

ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ. КТО ВИНОВАТ И ЧТО ДЕЛАТЬ?

Уланова Т.Ю., Побединская Н.С., Польщикова О.В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Пеленочный дерматит (ПД) встречается не менее чем у 40% детей первого года жизни. Воспаление кожи в паховой и/или ягодичных областях, вызванное нарушением гигиенического ухода, обозначается как первичный ПД. Вторичный ПД наблюдается у детей с заболеваниями кожи. Проявляется ПД раздражением, эритемой, папулами или мелкими поверхностными эрозиями кожи. Чаще регистрируется у детей в возрасте 1–6 месяцев и практически перестает быть проблемой, как только ребенок приучается к горшку. Название данной нозологической формы обусловлено тем, что еще в XIX в. отмечена четкая связь между развитием клинической симптоматики и длительным воздействием на кожу ребенка загрязненных пеленок.

Среди этиологических факторов ПД выделяют механические (трение, повышенная влажность), химические (ферменты кала и бактерий, продукты расщепления мочевины) и микробные. Проблема усугубляется многочис-

ленными складками кожи, затрудняющими поддержание местной чистоты. Основными повреждающими факторами являются протеазы и липазы каловых масс. Активность липаз и протеаз резко повышается при ускоренном пассаже кишечных масс, что типично для детей с нарушением стула. Частота ПД ниже среди младенцев, находящихся на грудном вскармливании, что объясняют меньшей кислотностью мочи и каловых масс при естественном вскармливании.

Кожа ребенка – очень надежный защитный барьер. Трансэпидермальная потеря воды у ребенка даже ниже, чем у взрослого. Длительное нахождение в памперсах или в подгузниках ведет к избыточному увлажнению кожи, мацерации рогового слоя и воспалению. Появление новых сверххлпывающих памперсов породило иной механизм развития ПД – пересушиванию кожи. Кроме того, многие родители используют для ухода за младенцем окрашенные памперсы. Красители добавляются с целью создания более привлекательного товарного вида или для повышения абсорбции. Но ПД чаще развивается при пользовании окрашенными памперсами, а его проявления смягчаются при переходе на неокрашенные памперсы. В таких случаях дополнительно оказывается задействован механизм развития контактного аллергического дерматита.

Некоторые моющие средства с рН более 5,5 (норма рН кожи ребенка 4,5–5,5), которые используются для ухода за кожей младенца, так же нарушают микробный пейзаж, стимулируют развитие пропионобактера и способствуют воспалению. Использование моющих средств с антисептическими добавками у детей раннего возраста недопустимо. Это может привести к нарушению нормальной микрофлоры кожи и снижению ее защитных свойств.

Диагностика ПД основывается исключительно на общем клиническом обследовании. ПД развивается обычно не ранее 3 недели жизни и не позднее 2 года. Требуется уточнить время возникновения, длительность и динамику симптомов; возможный контакт с детьми, имеющими подобные сыпи; наличие сыпи вне области подгузников; наличие зуда, беспокойства, изменение общего состояния ребенка; предшествующие заболевания, диареи, прием антибиотиков (амоксциллина); тип памперсов, частоту их смены, методы гигиены. Лабораторные исследования требуются только для целей дифференциальной диагностики, исключения грибковой, бактериальной или вирусной инфекции.

Первый шаг в лечении ПД – режим и уход. Требуется частая смена подгузников, нежная обработка кожи естественными материалами, не тереть, не давить, «проветривание» (дать ребенку возможность полежать без памперсов). Местно наносятся препараты цинка, глицерина, масла с витаминами А и D, крем под подгузники с пантотеновой кислотой (Бепантен). При дерматитах, сохраняющихся более 3 суток, – местные противогрибко-

вые препараты. Нельзя применять присыпки (с тальком или без). Как адсорбенты они малоэффективны, превращаясь в «мочевые компрессы». Использование крахмала приводит к тому, что впитывая влагу, он становится средой для роста грибков и бактерий.

Заклучение. Пеленочный дерматит – самое частое поражение кожи у детей первых 6 месяцев жизни. При нарушении ухода, поздней диагностики, наложении инфекции возможно тяжелое течение дерматита. В основе эффективной профилактики ПД лежит рациональный уход за кожей: смена памперсов 6 и более раз в сутки, своевременное подмывание нейтральными моющими средствами, естественное вскармливание, домашний уход, своевременное формирование у детей гигиенических навыков, местное нанесение защитных не агрессивных препаратов на кожу.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ

**Уткина Е.И., Шибачева Н.Н.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Актуальность выбранной темы определяется тем, что в последние годы участились случаи регистрации внебольничных пневмоний, имеющих тяжелое течение, нередко сопровождающихся развитием острой дыхательной недостаточности, синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, инфекционно-токсического шока, плевритов и абсцидирования легкого. В ряде случаев подобная динамика заболевания может привести к неблагоприятному исходу, несмотря на интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения. К сожалению, не всегда удается точно установить причину столь необычного течения процесса.

Цель данного исследования – проанализировать возможные факторы риска, способствующие развитию тяжелых пневмоний, и в частности, особенности течения пневмонии после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), прежде всего гриппа.

Было проанализировано 12 историй болезни пациентов: 4 мужчин и 8 женщин (средний возраст 49,5 лет), получавших лечение в терапевтическом отделении ОБУЗ ГКБ № 1 г. Иванова в январе-феврале 2016 года с диагнозом «внебольничная пневмония».

При сборе анамнестических данных установлено, что все пациенты до поступления в стационар перенесли острую респираторную инфекцию, 67% самостоятельно лечились, принимая в основном симптоматические средства. Госпитализированы были в терапевтическое отделение в эпидемиологически неопасный период болезни. При поступлении предъявляли

жалобы на продуктивный кашель с серозной, с кровяными прожилками, мокротой, одышку инспираторного характера, дискомфорт в грудной клетке при глубоком дыхании, фебрильную лихорадку, интоксикационный синдром. Из анамнеза жизни известно, что только треть респондентов работают, причем их деятельность связана с частыми стрессовыми ситуациями, переездами, большой скученностью народа (индивидуальное предпринимательство, групповые работы), остальные 8 человек поровну делятся на пенсионеров и безработных. У всех участников исследования были сопутствующие заболевания или предрасполагающие к снижению иммунитета состояния: патология сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания, хронические заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, беременность. В ходе обследования больным была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: у 11 респондентов выявили двухстороннюю пневмонию, у 1 – одностороннюю. По данным общего анализа крови у 100% респондентов отмечалось умеренное повышение СОЭ без других существенных отклонений. В стационаре всем пациентам было проведено лечение антибиотиками (цефтриаксон, фибелл, меропенем, реже амикацин, левофлоксацин – парентеральное введение), причем чаще комбинировались 2–3 препарата; у 25% использовали противовирусные препараты (ингавирин, гриппферон), по показаниям назначали преднизолоном, инъекционный иммуноглобулин. На фоне проводимого лечения состояние улучшалось через 4 дня: лихорадка снижалась до субфебрильных цифр, отмечалось общее улучшение самочувствия; а через 7 дней после госпитализации рентгенологически наблюдалась тенденция к рассасыванию инфильтратов в легких, в динамике прослеживалось уменьшение по площади участков затемнения. Лечение в стационаре продолжалось в среднем 10–12 дней, к моменту выписки полное выздоровление отмечалось лишь у 67% пациентов, у остальных – улучшение.

Следовательно, факторами риска развития тяжелых пневмоний являются сопутствующие заболевания или предрасполагающие к снижению иммунитета состояния: хронические соматические заболевания, беременность. Тяжесть течения пневмонии с двусторонним поражением легких и неполным выздоровлением к моменту выписки у 33% пациентов могла быть обусловлена и смешанной этиологией заболевания (вирусно-бактериальной). Для лечения пневмонии в период эпидемиологического подъема ОРВИ препаратами выбора являются инъекционные антибиотики с широким спектром действия, комбинируемые в количестве 2–3: цефтриаксон, фибелл, меропенем. Также обосновано в ряде случаев и назначение противовирусных препаратов, несмотря на поступление пациентов в период реконвалесценции от ОРВИ. С целью профилактики пневмоний рекомендуем проведение предсезонной вакцинации от гриппа, а группам риска – профилактика и пневмококковой вакциной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Фадеева О.Ю.¹, Ратманова Г.А.¹, Фокин В.Н.², Коллеров Э.Ю.²,
Заводин М.В.², Частухина Т.В.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Гемофилия является тяжелой коагулопатией, возникающей в результате генетически обусловленного снижения активности факторов свертывания крови VIII или IX. Основные проявления гемофилии связаны с возникновением кровоизлияний, повреждающие органы и ткани, и кровотечений различной локализации. Отсутствие профилактической терапии препаратами, содержащими недостающий фактор свертывания крови, до недавнего времени приводило к гибели детей от кровотечений или кровоизлияний во внутренние органы, или к развитию значимого нарушения функции суставов, гипотрофии мышц вследствие гемартрозов.

Цель – оценить результаты профилактической терапии гемофилии у детей Ивановской области.

Проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт 30 детей с наследственной гемофилией, проходивших лечение в отделении детской гематологии в период с 2000 по 2016 гг.

В период наблюдения на диспансерном учете с диагнозом «Гемофилия наследственная» состояло от 12–15 детей. Все пациенты – мальчики в возрасте от 1 года до 18 лет, $\frac{3}{4}$ имели дефицит VIII фактора свертывания крови и $\frac{1}{4}$ – дефицит IX фактора свертывания крови. У всех больных заболевание диагностировано на первом году жизни, по уровню дефицитного фактора определялась тяжелая степень тяжести.

До 2006 года дети получали терапию только при развитии клинических проявлений, наиболее частыми из которых были кровоизлияние в суставы, в мягкие ткани, кровотечения носовые, десневые или иной локализации. Частота госпитализаций 1 пациента составляла 1 раз в месяц. Основным препаратом для проведения заместительной терапии являлся криопреципитат. Большая часть пациентов, не получавших профилактическую терапию, имели тяжелые поражения опорно-двигательного аппарата.

С 2006 года в Ивановской области начато проведение профилактической заместительной терапии концентратами факторов VIII или IX, которая назначается всем детям с тяжелой гемофилией и среднетяжелой формой после возникновения первого гемартроза. Частота поступления в стационар больных, страдающих данным заболеванием, снизилась до 1 раза в год. Поводом госпитализации являлась необходимость планового проведения оперативного лечения, кровотечение после травм, у 4% детей – гемартроз. Поражения опорно-двигательного аппарата у пациентов, получающих профи-

лактическую терапию, не выявлено.

Таким образом, профилактическая заместительная терапия концентратами факторов VIII или IX, начатая до появления первого гемартроза или сразу после него, позволяет предотвратить развитие гемофилической артропатии и снизить инвалидизацию пациентов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И БОЛЕВЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДРУГОЙ ПРИЧИНОЙ

Филиппова К.В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Острый аппендицит – одно из самых распространенных заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии. Известно, что при различных хирургических заболеваниях, в том числе и при остром аппендиците, часто встречаются нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. В настоящее время в диагностике острых хирургических заболеваний применяются метод компьютерной фоноэнтерографии. Он является безопасным и неинвазивным и позволяет объективно оценивать моторно-эвакуаторную функцию кишечника.

Цель исследования: выявление диагностических критериев у пациентов с острым аппендицитом и другой причиной абдоминальных болей с помощью метода компьютерной фоноэнтерографии.

Работа проводилась на клинической базе кафедры общей хирургии, анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России (ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново) с 2015–2016 гг. На первом этапе обследовано 30 пациентов без сопутствующей патологии брюшной полости. Эти пациенты составили контрольную группу, средний возраст – $33 \pm 4,5$ лет, соотношение мужчин и женщин было равным. На втором этапе выполнено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 60 пациентов (средний возраст 31 ± 13 лет), доставленных в хирургическое отделение в экстренном порядке с подозрением на острый аппендицит. Среди них мужчины было 32, женщин – 28. После обследования в приемном отделении все пациенты госпитализированы с подозрением на острый аппендицит, который в ходе динамического наблюдения был подтвержден у 30 больных, у остальных 30 был исключен. При патоморфологическом исследовании совместно с врачом патоморфологом установлена флегмонозная форма острого аппендицита. Всем пациентам помимо традиционных методов обследования проведена компьютерная фоноэнтерография с помощью

электронного прибора (компания «Нейрософт», г. Иваново) и оценена моторно-эвакуаторная функция кишечника с использованием спектрального анализа звуков брюшной полости. Проанализированы показатели плотности мощности спектра в частотном диапазоне от 100 до 1750 Гц.

В итоге проведенной комплексной работы получено три группы пациентов: пациенты контрольной группы (30 человек), больные с острым аппендицитом (30 человек) и больные с другой причиной абдоминальных болей (30 человек). По результатам проведенной компьютерной фоноэнтерографии получены показатели спектральной мощности в диапазонах частот от 100 до 1750 Гц. По результатам полученных данных, мы построили графики распределения плотности мощности спектра акустической активности брюшной полости. С учетом полученных результатов для того, чтобы выявить диагностический критерий пациентов с острым аппендицитом по данным компьютерной фоноэнтерографии, мы выбрали интегральный показатель площади под графической кривой (последний измеряется в тех же единицах, что и плотность мощности спектра). Для расчета этого показателя мы использовали численное интегрирование методом трапеций. Интегрирование производится на участке в области диапазона частот от 100 до 1750 Гц, который разбивается на равные промежуточные отрезки по 50 Гц. При сложении площадей под графической кривой пациентов с острым аппендицитом интегральный показатель площади ≤ 1144 , пациентов с другой причиной абдоминальных болей ≥ 1590 , пациентов контрольной группы ≥ 1495 .

Как видим, снижение интегральных показателей под графической кривой может быть использовано в дифференциальной диагностике острого аппендицита и заболеваний, сопровождающихся болевым абдоминальным синдромом неаппендикулярного происхождения.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Холодков И.В.¹, Линьков В.В.¹, Андреев А.Г.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново

С развитием цифровых технологий в настоящее время продолжается процесс информатизации здравоохранения. Качественно новый уровень обработки данных обследования, автоматизированное ведение медицинской документации и статистические исследования повышают эффективность работы врача. Расширяется сфера применения компьютерной томографии, а также других методов медицинского обследования, основанных на цифровой обработке аналогового сигнала.

Однако до настоящего времени за гранью широкого применения оставались методики, основанные на использовании алгоритмов компьютерного зрения (КЗ), позволяющие в течение короткого времени получить высокоточные данные о состоянии пациента. С помощью алгоритмов КЗ возможно оценивать координаторно-статическую сферу, уровень мышечного тонуса, произвольные и непроизвольные кинезии, мимику, анализировать движения глазных яблок. Последнее широко используется в лабораторных условиях, параклинической сфере, реабилитации.

Целью данной работы стало внедрение методов компьютеризированной обработки видеоинформации в клинику нервных болезней при оценке функционального состояния моторной сферы пациентов с последствиями нейротравмы.

Создание необходимого программно-аппаратного комплекса производится параллельно разработке алгоритмов прогноза степени стойкой утраты трудоспособности у данной группы больных.

Проведенное пилотное исследование уже на минимальной группе пациентов позволило построить первые варианты алгоритмов такого типа (патент № 2572781 от 14.12.2015 г. «Способ определения степени стойкой утраты трудоспособности пациентами с посттравматической эпилепсией»). Однако выяснилось, что данных физикальных методов неврологического исследования недостаточно для достижения высокой достоверности при сохранении универсальности создаваемой прогностической методики. Таким образом, было принято решение о модификации приемов неврологического осмотра с применением алгоритмов КЗ. Одним из критериев при разработке цифрового диагностического продукта было обеспечение его доступности к применению в практическом здравоохранении.

В качестве базового направления была выбрана оценка постуральных колебаний в позе Ромберга. Программная часть создавалась в среде программирования Visual Studio Express 2010 с использованием библиотеки КЗ OpenCV 2.4.11. Видеодатчиком выступает веб-камера, регистрирующая движение цветового маркера, помещенного на средний палец правой руки испытуемого.

Выделяемый массив относительных координат маркера обрабатывается с помощью дискретного преобразования Фурье. Полученная спектрограмма предоставляется для анализа оператору.

Проведенные лабораторные испытания данного комплекса подтверждают его функциональность и эффективность. В настоящий момент проводится процедура регистрации данного программного продукта. В дальнейшем запланировано внедрение его в базовую часть исследования для клинической адаптации.

Следовательно, интегрирование такого программно-аппаратного комплекса на этапе нейрореабилитации в процедуру диагностики в соответ-

ствии с международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья позволит повысить оперативность и точность диагноза, повысив, таким образом, эффективность дальнейших реабилитационных мероприятий. Простота реализации с использованием свободного программного обеспечения, доступность необходимого оборудования также позволяют положительно оценивать перспективность практического применения разработки.

Раздел IV. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЛЕТУЧИЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ – БИОМАРКЕРЫ ТЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Акайзин Э.С.¹, Покровский Е.Ж.¹, Станкевич А.М.², Акайзина А.Э.¹

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4», г. Иваново

Реализация системы лечебных и реабилитационных мероприятий при тяжелых формах перитонита начинается в отделении интенсивной терапии, продолжается в ходе оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде. Ключевым моментом послеоперационного периода является устранение источника перитонита посредством применения хирургических методов (релапаротомии) и консервативной терапии. В настоящее время применяется релапаротомия «по требованию» и «по программе». Если показаниями к релапаротомии «по требованию» являются прогрессирование перитонита или развитие осложнений, которые не прогнозировались на первой операции, то единые показания к выполнению релапаротомии «по программе» окончательно еще не определены. Как правило, показания к релапаротомии «по программе» определяются в ходе первой операции, и санация выполняется в первые сутки после лапаротомии. Однако активная хирургическая тактика имеет и противников, так как не всегда возможно точно оценить варианты течения воспалительного процесса в брюшной полости при первой операции. Поэтому с целью стандартизации и формализации этапных санационных релапаротомий многие клиники используют различные интегральные шкалы (SAPS, APACHE, APACHE-2, мангеймовский перитонеальный индекс и др.), но они зачастую не позволяют достоверно оценить прогноз у конкретного пациента. Поиск и внедрение в клиническую практику метода определения уровня новых биомаркеров, который характеризуется стабильностью и быстротой получения результатов, является тем звеном диагностики, которое позволит с уверенностью оценивать состояние патологического процесса в первые сутки после лапаротомии.

Цель – изучить содержание летучих жирных кислот в экссудате брюшной полости и крови у больных с распространенным перитонитом в послеоперационном периоде в качестве биомаркеров для оценки течения распространенного перитонита.

Обследовано 38 пациентов с распространенным перитонитом в первые и третьи сутки после операции. Мужчин – 23 (60%), женщин – 15 (40%). Средний возраст составил 49 лет. Критерием включения в основную группу был распространенный перитонит с полиорганной дисфункцией, критерия-

ми исключения – перитонит, обусловленный онкопатологией, панкреонекрозом, политравмой, и гинекологический перитонит. Определена концентрация летучих жирных кислот (уксусной, пропионовой и масляной) в экссудате брюшной полости и крови больных с распространенным перитонитом методом газожидкостной хроматографии. Газожидкостную хроматографию для количественного определения ЛЖК выполняли на стеклянной колонке длиной 1 м, диаметром 3 мм, заполненной «Порапак Q» (США) с нанесенной на него ортофосфорной кислотой в изотермическом режиме при температуре 200°C; хроматограф МОЗХ, модель 3700, детектор пламенно-ионизационный, газ-носитель – гелий. Идентификацию и количественное определение осуществляли при помощи аналитических стандартов.

Исследование проведено в несколько этапов. На первом этапе проведен забор материала (кровь и экссудат брюшной полости) у больных с распространенным перитонитом. Затем на фоне стандартного послеоперационного ведения больных ретроспективно выполнено разделение на две группы: с положительной динамикой (24 человека) и с отрицательной динамикой или развитием осложнений, требующих релапаротомии (14 человек). На третьем этапе проведен сравнительный анализ лейкоцитарного индекса интоксикации, SOFA и средних уровней ЛЖК. Лейкоцитарный индекс интоксикации и SOFA изучены у 75 больных с распространенным перитонитом. У пациентов с распространенным перитонитом с неблагоприятным течением показатели ЛЖК в первые сутки значительно превышают нормальные величины. В докладе приведены минимальные значения содержания уксусной, пропионовой и масляной кислот в крови и экссудате брюшной полости в первые сутки после лапаротомии у больных с неблагоприятным течением перитонита. У пациентов с распространенным перитонитом с благоприятным течением показатели ЛЖК в первые сутки также превышают нормальные величины. Кроме того, замечена тенденция нарастания уровня ЛЖК при неблагоприятном течении и снижения уровня ЛЖК при благоприятном. Коэффициент корреляции среднего значения ЛЖК и лейкоцитарного индекса интоксикации составил 0,78. Коэффициент корреляции среднего значения ЛЖК и SOFA составил 0,89. Корреляция высокая. На наш взгляд, с учетом особенностей прогрессирования перитонита в послеоперационном периоде (нарастание пареза кишечника, появление микрофлоры и/или ее метаболитов в свободной брюшной полости) достаточно информативным представляется исследование уровня летучих жирных кислот в экссудате брюшной полости и крови, определяемого методом газожидкостной хроматографии как одного из биомаркеров полиорганной дисфункции.

Выводы. 1. Исследование содержания летучих жирных кислот в крови и перитонеальном экссудате методом газожидкостной хроматографии является высокочувствительным тестом, позволяющим своевременно оценивать течение распространенного перитонита у конкретного пациента. 2. Показа-

тели содержания летучих жирных кислот в сочетании с другими клинико-лабораторными данными позволяют своевременно принимать решение по тактике ведения больного и могут служить одним из критериев, определяющих необходимость релaparотомии «по программе».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Арсеничева О.В., Шапова Н.Н., Омельяненко М.Г.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

В настоящее время эксперты Всемирной организации здравоохранения расценивают метаболический синдром как «пандемию XXI века». Нет сомнений, что метаболический синдром (МС) не только ухудшает течение ишемической болезни сердца (ИБС), но и увеличивает количество осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Широко используемым и высокоэффективным методом лечения атеросклеротического поражения венечных артерий сердца является стентирование. Несмотря на то что интервенционные вмешательства постоянно совершенствуются, они сопряжены с высоким риском развития коронарных осложнений. К наиболее значимым относятся диссекция интимы, тромбоз и рестеноз венечной артерии. Рестеноз, морфологическим субстратом которого является пролиферация эндотелия и гладкомышечной ткани, содержащей избыточное количество внеклеточного матрикса, является основным фактором, ограничивающим клиническую эффективность эндоваскулярного лечения ИБС. Результаты многочисленных исследований до сих пор не дают полного представления о механизмах развития рестенозов после интракоронарного вмешательства.

Цель – оценить результаты интервенционных вмешательств у больных ИБС в сочетании с метаболическим синдромом.

Под наблюдением находились 65 больных ИБС с МС (45 мужчин и 20 женщин, средний возраст $52,56 \pm 5,9$ года), поступивших на лечение в кардиологическое отделение для взрослых больных ОБУЗ ИвОКБ в 2015–2016 гг. Группу сравнения составили 69 пациентов, страдающих ИБС, без МС (51 мужчина и 18 женщин, средний возраст $50,17 \pm 6,5$ года). Всем больным проводилось общеклиническое обследование, определяли уровень тропонинов, липидов и глюкозы в крови, выполняли электрокардиографию. Коронароангиография проводилась экстренно по показаниям или в течение трех суток с момента поступления в стационар. Всем больным ИБС выполнялось интервенционное вмешательство – стентирование коронарных артерий.

Артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, абдоминальное ожирение и сахарный диабет достоверно чаще встречались у больных с

ИБС в сочетании с МС ($p < 0,05$). Среди клинических форм ИБС чаще наблюдалась стабильная стенокардия III функционального класса у пациентов в группе наблюдения, чем в группе сравнения (34,1 и 18,3% соответственно, $p < 0,05$). Такая же тенденция наблюдалась и при оценке частоты перенесенного в анамнезе инфаркта миокарда (57,7 и 36,8% соответственно, $p < 0,05$). По результатам коронарографии у 48,1% пациентов при сочетании ИБС и МС выявлено трехсосудистое поражение коронарного русла, что достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у больных ИБС без метаболических нарушений (30,8%). Осложнения интервенционных вмешательств (вазоспазм, диссекция интимы, тромбоз артерии, рестеноз и фибрилляция желудочков) у пациентов с метаболическим симптомокомплексом и без него наблюдались у 28,8 и 13,6% соответственно, различия достоверны ($p < 0,05$). Из всех осложнений только число рестенозов коронарных артерий было выше в группе наблюдения, чем в группе сравнения (12,8 и 3,3% соответственно, $p < 0,05$). За время наблюдения в течение 12 месяцев повторная госпитализация в стационар по поводу возобновления или ухудшения клиники ИБС наблюдалась у 30,1% больных с МС и 12,6% пациентов без метаболического симптомокомплекса, направлены на аорто-коронарное шунтирование 16,3 и 4,1% соответственно (все различия статистически достоверны, $p < 0,05$). Летальных исходов в сравниваемых группах за время наблюдения не было.

Итак, общее число осложнений интервенционных вмешательств и рестенозов коронарных артерий выше у пациентов при сочетании ИБС и МС. У больных ИБС с МС интракоронарные вмешательства за период наблюдения, в течение 12 месяцев, имеют худшие отдаленные результаты по таким показателям, как частота повторных госпитализаций и потребность в аорто-коронарном шунтировании, по сравнению с пациентами ИБС без метаболических нарушений.

НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФАГИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Балашова И.Н.

**Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
ФГОУ ВО СПбГМУ им. И.П. Павлова**

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется 100–300 случаев инсультов на каждые 100 000 населения. В России этот показатель составляет 250–300 случаев среди городского населения и 170 – среди сельского. Первичные инсульты составляют в среднем 75%, повторные – около 25% всех случаев инсульта. После 45 лет каждое десятилетие число инсультов в соответствующей возрастной группе удваивается.

Дисфагия, часто наблюдаемая после инсульта, может быть стойкой, способствует аспирации пищи и развитию связанных с ней инфекционных заболеваний дыхательной системы. Дисфагия приводит к возникновению у пациентов таких осложнений, как удушье и бронхоспазм, а также при дисфагии возникает хроническое недоедание и угрожающая жизни дегидратация, мышечное истощение, физическое ослабление, асфиксия. Это увеличивает затраты на лечение, усугубляет степень инвалидности, повышает степень заболеваемости и смертность среди таких больных.

Дисфагия влияет на качество жизни. При неоказании своевременной помощи пациентам с дисфагией жизнь больных оказывается в опасности. Пациенты с НГЗ испытывают персональный дискомфорт и снижение активности вследствие неудобства и болей. Даже временная потеря возможности глотать может привести к депрессии из-за разрушения нормального образа жизни пациента.

Акт глотания подразделяется на следующие фазы: оральную (орально-подготовительную, оральную и орально-трансферную); фарингеальную; эзофагеальную.

При левополушарных, кортикальных и субкортикальных инсультах нарушается оральная фаза глотания (произвольная). Данная фаза регулируется V, VII, XII парами черепных нервов. В данной фазе пища попадает в рот, а губы и челюсти закрываются и запечатывают пищу. Происходит измельчение пищи, обволакивание ее слюной, т. е. формируется пищевой комок (болус). Длительность фазы зависит от консистенции пищи и сохранности речевого аппарата. Нарушения оральной фазы глотания: слюнотечение и выпадение пищи изо рта; трудности с формированием и удержанием комка (болуса); откладывание пищи за щекой; трудности в инициации глотка.

Второй составляющей оральной фазы глотания является орально-трансферная фаза глотания (произвольная.) Эта фаза регулируется XII парой черепных нервов. Начинается данная фаза, когда возникают задние движения языка к болусу. Хорошо слепленный пищевой комок перемещается назад и подталкивается к глотке. При раздражении мягкого неба («триггерная зона») механорецепторами посылаются информация в ЦНС о начале акта глотания и запускается глотательный рефлекс

Нарушения орально-трансферной фазы глотания: нарушение продвижения пищевого комка назад; остатки пищи сохраняются в ротовой полости; возникает неконтролируемый / ранний глоток.

Структуры речевого аппарата, участвующие в оральной и орально-трансферной фазе глотания, должны быть сохранены. Это сила губ, чтобы препятствовать выпадению болуса изо рта, функционирование лицевой мускулатуры, боковые вращательные движения челюсти, сила и подвижность языка, неповрежденная чувствительность оральных и лицевых структур.

тур, хорошее состояние зубов (зубных протезов), адекватная саливация.

При стволowych, правополушарных инсультах нарушаются фарингеальная и эзофагеальная фазы глотания. Фарингеальная фаза непроизвольная и регулируется IX, X, XI парами ЧМН, длится 1–2 с. Когда начинается запуск глотательного рефлекса, дыхание приостанавливается («глотательное апноэ»). Мягкое небо поднимается и приближается к задней стенке глотки, препятствуя попаданию пищи в нос. Одновременно сокращается верхний констриктор глотки (валик Пассавана), образуется небно-глоточный затвор, препятствующий возвращению пищи в рот (1 сек.).

Подъязычная кость прокручивается, гортань поднимается и наклоняется вперед. Корень языка опускается на надгортанник и превращает его в заслонку. Голосовые складки смыкаются. Открывается верхняя часть эзофагеального сфинктера. Заканчивается фаза очищением глотки. Нарушения фарингеальной фазы глотания: снижение движений корня языка в заднем направлении; нарушение поднятия и движения вперед гортани и подъязычной кости; задержка закрытия входа в дыхательные пути – опускание надгортанника; неполное смыкание голосовых складок; несогласованное, вместо последовательного, сокращение констрикторов глотки; задержка гортанного закрытия.

Эзофагеальная фаза глотания (регулируется X парой ЧМН). Начинается с открытия (расслабления) верхнего пищеводного сфинктера. Вследствие тонического волнообразного движения мышц пищевода болус проталкивается вниз. Концом акта глотания является расслабление нижнего пищеводного сфинктера. Длительность фазы 8–10 с. Структуры речевого аппарата фарингеальной и эзофагеальной фаз глотания: функционирование основания языка, своевременное и полное смыкание голосовых складок, неповрежденные движения мышц гортани для обеспечения ее поднятия вперед, вверх – вниз, своевременное и полное опускание надгортанника, открытие крикофарингеального сфинктера. Признаки дисфагии: затруднения жевания; нарушение гигиены рта; слюнотечение или неспособность сглатывать слюну; «смазанная» речь; выпадения пищи изо рта во время еды; кашель (сразу или с задержкой) или прочистка горла (до, во время или после глотка); поперхивание (изменения цвета лица или слезящиеся глаза); усиление одышки; изменение качества голоса во время или после глотания, (голос «влажный», «булькающий», хрипота, временная потеря голоса); срыгивание; затрудненное или прерывистое дыхание после глотания; увеличение продолжительности акта еды; тревожность по поводу приема пищи.

Оценка глотания включает: клинический осмотр пациента неврологом, сбор жалоб и анамнестических данных с обязательным уточнением информации о консистенции пищи, приводящей к дисфагии, условий её возникновения; оценку глотания медсестрой по стандартизированной скрининговой шкале, позволяющей определить наличие дисфагии, избежать кормления

пациента до осмотра логопедом и предотвратить осложнения, вызванные дисфагией; клиническую оценку глотания логопедом, назначение питания при наличии у больного дисфагии; расчет энергетической ценности модифицированных по консистенции продуктов и подбор питательных смесей для нутритивной поддержки.

При неэффективности субъективных методов для диагностики и лечения дисфагии могут применяться методики инструментальной оценки функции глотания: эндоскопическое исследование; фиброларинготрахеоскопия; рентген с глотком бария; КТ, МРТ шеи, головы, УЗИ шеи; пульсоксиметрический мониторинг; видеофлюороскопия; электромиография; манометрия верхнего пищеводного сфинктера для исследования моторики верхнего пищеводного сфинктера, а также прилежащих к нему частей глотки и пищевода.

Рекомендации по кормлению. Логопедом после осмотра подбирается нужная по загущенности и объему диета. При невозможности глотания в первый же день питание больного производится через назогастральный зонд. Если больной может самостоятельно питаться специальной диетой, но не может самостоятельно съесть нужный объем пищи, то назначается нужная диета плюс кормление через назогастральный зонд

Гастростомальный зонд применяют при прогрессировании дисфагии или отсутствии динамики глотательной функции в течение длительного периода.

Методы реабилитации больных нейрогенной дисфагией:

I. Подготовительный – подготовка ротовой полости к акту глотания (очистка и увлажнение губкой), съём или установка съёмных протезов.

II. «Разглатывание»:

- подбор оптимальной по консистенции пищи для больного в данный момент. В дальнейшем применяется пища разной консистенции, постепенное увеличение объема однократного приема;
- выбор нужного объема глотка, количество пищи через рот для однократного приема;
- выбор температурного режима питания (от комнатной температуры до льда);
- восстановление вкусовых ощущений (на протяжении всего реабилитационного периода).

III. Заместительная терапия:

- постановка назогастрального зонда (в дальнейшем – наложение чрескожной эндоскопической гастростомы);
- парентеральное питание.

IV. Постуральный метод – выбор оптимальной позы для принятия пищи в данный момент.

V. Тренировочный метод:

- тренировочные упражнения для укрепления мышц, участвующих в процессе глотания;
- восстановление контроля над глотком;
- глотание различной по консистенции пищи и жидкости;
- восстановление сенсорных нарушений речевого аппарата

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Виноградова И.С.¹, Мандров С.И.², Жданова Л.А.²,
Мадамина О.Ж.¹**

¹ БУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации»,

г. Иваново

² ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Хронические заболевания, в том числе и желчнокаменная болезнь всегда приводят к нарушениям всех трех составляющих здоровья. Клиническая картина большинства заболеваний пищеварительной системы представляет собой сочетание субъективных симптомов, вызванных самим заболеванием и проявлениями эмоциональных расстройств. Психологические факторы часто оказывают выраженное влияние на возникновение, течение, исход болезни, и, как правило, приводят к ухудшению качества жизни.

Цель работы – изучить уровень тревожности и качество жизни у подростков с начальной стадией желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Проведено обследование 93 детей в возрасте от 11 до 17 лет с начальной стадией ЖКБ. Группу сравнения составили 60 детей с дисфункцией билиарного тракта. Диагностика БС осуществлялась на основании клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования, включающих выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Нами установлено, что наиболее часто встречались дети с билиарным сладжем в форме эхонеоднородной желчи со сгустками (ЭЖС) – 41,9% и взвеси гиперэхогенных частиц (ВГЧ) – 35,9%. Значительно реже (22,6%) у детей отмечалась замазкообразная желчь (ЗЖ). У детей с ЖКБ выраженность личностной тревожности как устойчивой характеристики к различным угрожающим ситуациям была повышена ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой ($45,31 \pm 1,31$ и $40,60 \pm 1,82$ баллов соответственно). Максимальное повышение ($55,00 \pm 2,41$ балла) личностной тревожности отмечено у детей с БС в виде ЗЖ.

Ситуативная тревожность как состояние, характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями у детей с ЖКБ имела умеренный уровень до $39,36 \pm 1,28$ баллов, что, однако, выше, чем у детей контрольной группы

(34,03 ± 1,49 балла, $p < 0,001$). При изучении ситуативной тревожности у детей в зависимости от формы БС установлено, что наибольший ее уровень (41,60 ± 2,73 балла) отмечался у пациентов с БС в форме ЗЖ.

При распределении детей по уровню тревожности установлены их различия у пациентов в зависимости от формы БС. Среди детей с БС в виде ЭЖС и ВГЧ чаще (56,5 и 55% соответственно), чем в группе ЗЖ (20%) встречались пациенты с умеренно выраженной личностной тревожностью. У больных с БС в форме ЗЖ чаще ($p < 0,01$), были дети с высоким уровнем личностной тревожности.

При изучении реактивной тревожности установлено, что среди пациентов с БС в виде ЭЖС и ЗЖ чаще (43,5 и 46,7% соответственно), чем в группе с БС в виде ВГЧ (20%) были дети с высоким ее уровнем.

Наиболее значимыми факторами снижения качества жизни у детей с ЖКБ являлись необходимость ограничения в проведении досуга (79,6%) и контактов с друзьями и близкими (86,4%), что, вероятнее всего, связано с приоритетами подросткового возраста. Необходимость постоянно лечиться, принимать лекарства как фактор, снижающий КЖ, был выбран 72,72% детей с ЖКБ. Следующими по значимости идут ограничения физических (68,2%) и эмоциональных (54,6%) нагрузок и занятий умственным трудом (68,8%) и необходимость соблюдения диеты (56,8%). Реже всего больные дети с ЖКБ выбирали шкалы, указывающие на необходимость ограничения трудовой деятельности (47,3%) и невозможности поездок в общественном транспорте (38,6%).

Таким образом, выявленные психологические особенности личности ребенка с ЖКБ способствуют возникновению внутренних пролонгированных отрицательных переживаний, приобретающих значение хронической психической травматизации. Эти расстройства делают больных легко уязвимыми к воздействию любых стрессов. В свете полученных данных становится понятной частота обострений не столько из-за погрешностей в диете, сколько из-за эмоциональных стрессов. Стрессовые ситуации еще более рассогласовывают эмоциональную среду больных и, таким образом, усугубляют проявления соматической патологии.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ» В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

**Галимов О.В., Ханов В.О., Ибрагимов Т.Р., Окроян В.П.,
Мамадалиев Д.З.**

ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России

Диабетическая язва стопы, гангрена и ампутация приносят высочайший ущерб здоровью, снижают качество жизни больных и сопровождаются

значительными экономическими затратами. Около половины ампутаций нижних конечностей выполняют у больных диабетом, при этом к большим ампутациям прибегают в 11 раз чаще и у более молодых людей.

За последние три года проанализированы результаты лечения 221 пациента с синдромом диабетической стопы, у которых использовался комплексный подход на всех этапах лечения. Пациенты поступали в отделение гнойной хирургии в экстренном 69 (31,2%) и плановом 152 (68,8%) человек порядке, от начала проявлений заболевания до момента поступления в стационар в сроки от 1 до 3 месяцев (в среднем $29,1 \pm 13,6$ дня). На момент госпитализации лишь у 19 (8,9%) пациентов СД был компенсирован и уровень гликемии у них составлял 6–8 ммоль/л. В стадии декомпенсации углеводного обмена поступило 179 (80,9%) больных, в стадию субкомпенсации 22 (9,9%).

Характеризуя группу пролеченных больных, необходимо отметить, что длительность заболевания в 153 (69,2%) случаях была более 10 лет и преобладали пациенты 211 (95,5%) со вторым типом сахарного диабета. Мужчин было 48 (21,7%), женщин – 173 (78,3%) в возрасте от 43 до 74 лет, средний возраст составил $62,5 \pm 11,2$ года. Чаще всего трофические язвы приходились на возраст 50–59 и 60–69 лет – 24,4 и 40,3% случаев соответственно, что обусловлено увеличением лиц пожилого возраста в общем числе больных сахарным диабетом, особенно 2-го типа, и увеличением средней продолжительности жизни.

В первые сутки госпитализации 41 (18,7%) пациентам, поступившим в экстренном порядке, выполнены первичные ампутации нижних конечностей на различном уровне.

После проведения некрэктомии проводимое местное медикаментозное лечение считали существенным компонентом в достижении успеха лечения СДС. В первой фазе раневого процесса использовали обработку антисептиками, обладающими выраженными антимикробными свойствами, малой токсичностью и широким спектром действия: Очищение раны от некротических тканей, уменьшение количества отделяемого, ликвидация перифокального отека и инфильтрации, наряду со снижением температуры тела и улучшением состояния больного, свидетельствовавшим о переходе во вторую фазу раневого процесса и позволяла проводить смену на комбинированные повязки для стимуляции регенерации, а также применяли разработанный в клинике «Иммуномодулирующий бактерицидный перфоративный атравматический лейкопластырь» (патент РФ № 58354).

При очищении ран рекомендовали больным применение ортопедических стелек и ортезов подбор которых осуществляли на основании компьютерной педобарографии во время ходьбы.

Шунтирующие операции выполнены 23 (10,4%) пациентам, у которых удалось купировать критическую ишемию. Пластика магистральных арте-

рий выполнена 9 пациентам, причем у 3 как дополнение к шунтирующей операции, открытая эндартерэктомия из общей подвздошной артерии 3 больным. В сочетании с реконструктивными операциями на сосудах выполнено 9 поясничных симпатэктомий, из них 3 как самостоятельный вид операции.

На фоне прогрессирования гнойно-некротического процесса на стопе, в основном у пациентов с нейроишемической формой, различного уровня ампутации произведены 37 (16,9%) больным, летальность составила 5 (2,3%). Сроки полной эпителизации на тыльной поверхности стопы составили в среднем $43,2 \pm 5,2$ сут, а сроки лечения в стационаре – в среднем $47,1 \pm 18,4$ сут. Не достигнуто полного заживления трофических язв у 25 (11,3%) больных в основном с нейроишемической формой СДС. Выполнив реконструктивные сосудистые операции 22 (9,9%) больным удалось купировать критическую ишемию, добиться регресса гнойно-некротического расщепления с сохранением опорной функции нижней конечности.

Среди пациентов, поступивших в экстренном порядке, в первые сутки госпитализации 41 (18,5%) пациенту были выполнены ампутации на различном уровне, в дальнейшем на фоне прогрессирования инфекционного процесса ампутации выполнены еще 8 (3,7%) больным, в том числе 3 (1,4%) реампутации.

В период до 6 месяцев была отмечена высокая частота рецидивов язвенных дефектов у пациентов, не использующих ортопедическую обувь. После выписки из стационара только 63 (28,7%) пациента следовали рекомендациям по разгрузке и ежедневном уходе за кожей стопы. При этом отмечено, что у пациентов, использовавших разгрузку стопы и ортопедические стельки, рецидивы трофических язв были у 5 (2,5%) больных, а у тех, кто не следовал рекомендациям по уходу за стопой, рецидивы отмечены у 29 (13,2%).

Итак, вопросы лечения СДС не теряют своей актуальности на современном этапе. Внедрением в хирургическую практику новых медикаментозных средств, различных перевязочных покрытий с возможностью специфического подбора по стадии течения раневого процесса, мини-инвазивных ангиохирургических технологий и пластических материалов позволяют предлагать новые подходы к стратегии ведения пациентов с СДС. Разработка комплексного подхода с использованием всего имеющегося потенциала должна быть направлена на сохранение стопы и опорной функции нижней конечности, а его применение в клинике позволяет снизить процент ампутаций и летальности, улучшая качественные показатели жизни пациентов.

ВЛИЯНИЕ ГУМОРАЛЬНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ В ХИРУРГИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Галимов О.В., Галимова Е.С., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р., Сагитдинов Р.Р.

ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России

Актуальность изучаемого вопроса обусловлена стремительным ростом числа больных ожирением и требует новых взглядов на решение проблемы морбидного ожирения и использования мощного ресурса хирургических методов лечения гинекологических заболеваний и коррекции патологических изменений, сопутствующих ожирению.

Нами проведено проспективное когортное исследование, охватившее 102 наблюдения за период с 2011 по 2014 год. Доля пациенток с избыточной массой тела и ожирением в общей структуре госпитализированных в стационар гинекологических больных составляет 18,5%. Средний возраст составил $36,4 \pm 0,81$ года, при этом 87,3% больных были моложе 50 лет. В зависимости от степени ожирения все пациентки были разделены на три подгруппы. Первую подгруппу составили пациентки с 1 степенью ожирения (ИМТ 30–34,9 кг/м²), n = 62; вторую со 2 степенью ожирения (ИМТ 35–39,9 кг/м²), n = 28; и третью с ожирением 3 степени (ИМТ > 40 кг/м²), n = 12.

Для проведения исследования были выделены две клинические группы больных. Первую, основную, составили 58 пациенток (56,86%) с избыточной массой тела и ожирением, которым выполнялись видеоэндоскопические вмешательства. В контрольную группу вошли 54 (43,14%) пациентки, которым выполнены традиционные «открытые» лапаротомии. Почти у всех больных масса тела превышала идеальную более чем в 2 раза. У абсолютного большинства больных отмечены сопутствующие заболевания в стадии компенсации, которые, на наш взгляд, были связаны в основном с имеющимся патологическим ожирением.

Было прооперировано 65 больных с морбидным ожирением, из них у 62 произведена лапароскопическая гистерэктомия, у 2 (1,6%) пациентки выполнена лапароскопически-ассистированная влагалищная гистерэктомия. Показаниями к оперативному лечению являлись доброкачественные и злокачественные заболевания внутренних половых органов: аденокарцинома эндометрия (46,1%), симптомная миома матки (37%), кистомы яичников (20%), атипическая гиперплазия эндометрия (3,1%), рецидивирующая гиперплазия и полипоз эндометрия (12,3%), сочетание патологии тела матки с пролапсом гениталий (4,6%) и стрессовым недержанием мочи (1,6%). В 9,2% случаев была произведена супрацервикальная гистерэктомия, в 1,6% – операции произведены без удаления придатков. В 89,2% наблюдений гистерэктомии сочетались с удалением придатков, в 9,2% – с удалением маточных труб, в 6,2% – с мини-лапаротомией, в 1,6% – с сакровагинопексией

проленовым лоскутом, в 1,6% – с тазовой лимфоаденэктомией, в 6,2% – с пластикой пупочной грыжи, в 1,6% – с коррекцией стрессового недержания мочи и пластикой стенок влагалища сетчатыми протезами.

При выполнении оперативных вмешательств для упрощения и ускорения процедуры формирования узлов, при проведении лапароскопических операций нами разработано оригинальное устройство (Российский патент на полезную модель № 118183 20.07.12 Бюл. 20) для затягивания сформированных узлов при выполнении лапароскопических вмешательств.

В нашем исследовании среднее время, затраченное на операцию, было меньше в сравнении с литературными данными и составило $94,3 \pm 44,76$ мин. Объем кровопотери ($128,55 \pm 60,78$ мл) и длительность пребывания в стационаре ($4 \pm 0,94$ койко-день) были сопоставимы с ранее представленными публикациями. При анализе интраоперационных осложнений был отмечен один случай десерозирования прямой кишки у пациентки с выраженным спаечным процессом. В послеоперационном периоде в двух наблюдениях имело место нарушение пассажа мочи, что потребовало стентирования мочеточников, в одном наблюдении диагностирована гематома купола влагалища без повторного оперативного вмешательства, в одном – абсцесс в области разреза после мини-лапаротомии. Местные раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов с крайними формами ожирения встречались чаще, что объясняется, скорее всего, выраженностью подкожно-жировой клетчатки, глубиной раны, и худшими условиями кровоснабжения. При выполнении лапароскопических вмешательств раневые осложнения были минимальными и составили 1,02%. Нагноение раны наблюдалось у 1 пациентки оперированной по поводу острого холецистита. Осложнения в виде сером и инфильтратов наиболее часто встречались при проведении пластики вентральных грыж, особенно у пациентов с применением полипропиленовых протезов. Эти осложнения были разрешены в стационаре, у всех больных достигнуто заживление первичным натяжением. В 1,6% случае мы получили тромбоэмболию легочной артерии у пациентки, поступившей в экстренном порядке, и оперированной по поводу острого холецистита, который закончился летально. В отдаленном периоде отмечено большее количество неудовлетворительных результатов и преобладание удовлетворительных результатов лечения у пациентов с избыточным ожирением.

Таким образом, наличие гуморальных и метаболических нарушений, сопутствующих ожирению отрицательно сказывается на результатах хирургического лечения патологии органов малого таза. Тщательная предоперационная подготовка, проведение профилактики угрожающих жизни осложнений в интра- и послеоперационном периоде, применение по показаниям вмешательств, направленных на снижение массы тела, дает возможность снизить количество осложнений, рецидивов и удовлетворяет эстетические

потребности пациентов, повышает эффективность отдаленных результатов. Одним из вариантов улучшения результатов оперативного лечения гинекологической патологии у больных с ожирением является более широкое использование лапароскопических способов вмешательства.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Герасимов А.М.¹, Васин И.А.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ФГУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова Минздрава России»

Эндометриоз занимает ведущее место в структуре гинекологической патологии, конкурируя с воспалительными заболеваниями и миомой матки. Основной проблемой, которую не всегда возможно решить без применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), является нарушение фертильной функции, которое развивается у большинства больных эндометриозом. До настоящего времени однозначно нерешен вопрос о тактике ведения больных с эндометриозом и бесплодием. Одни авторы придерживаются хирургической тактики без последующей адъювантной гормональной терапии, другие указывают, что без гормонального подавления эндометриоза восстановление фертильности невозможно. Существует так же мнение, что такой же эффективностью обладает стимуляция овуляции без предварительного лечения эндометриоза. Несмотря на разные мнения о способах восстановления фертильности при эндометриозе, все авторы сходятся во мнении, что при отсутствии спонтанной беременности в ближайшие месяцы после лечения или при стимуляции овуляции, вопрос о восстановлении детородной функции следует решать при помощи ВРТ. В результате на течение самой беременности в данной ситуации воздействуют многие неблагоприятные факторы: это и сам эндометриоз и различные фармакологические воздействия и репродуктивные технологии. Поэтому течение беременности может протекать не физиологически, а осложняться всевозможным спектром осложнений гестационного процесса.

Целью исследования была оценка течения беременности и родов у больных с наружным эндометриозом.

Обследовано 30 пациенток, которые были объединены в три группы. I группа (n = 9) – женщины, забеременевшие после хирургического лечения наружного эндометриоза, II группа (n = 15) – беременные, у которых лечение эндометриоза проводилось хирургическим методом с последующей адъювантной терапией агонистами рилизинг-фактора (бусерелин в виде депо формы, золадекс), III группа (n = 6) – беременные, получившие гестагеновую терапию (диеногест) после хирургического лечения эндометриоза.

Гормональную терапию все женщины получали согласно Национальным клиническим рекомендациям. Средний возраст больных составил: в I группе – $31,4 \pm 0,5$ года, во II – $31,6 \pm 0,3$ года, в III – $32,5 \pm 0,4$ года. По характеру становления, длительности и обильности менструаций группы не имели достоверных различий. Длительность бесплодия в среднем составила в I группе – $5,12 \pm 0,54$ года, во II – $6,11 \pm 0,94$ года, в III – $4,58 \pm 0,51$ года. Первичным бесплодием было у 33,3% в I группе, у 33,3% – во II, у 16,7% – в III. По структуре анамнестической гинекологической и экстрагенитальной патологии группы не имели достоверных различий.

Течение беременности в первой половине осложнилось развитием раннего гестоза в 33,3% наблюдений в I группе и в 20% наблюдений во II ($p < 0,5$), в III группе данной патологии беременности не отмечалось. У 50% пациенток III группы развилась железодефицитная анемия. Существенным отличием II группы от двух других было наличие угрозы прерывания беременности I-го триместра, которая развилась у 60% пациенток ($p < 0,001$). Вторая половина беременности также протекала с развитием осложнений. Так, во всех группах с одинаковой частотой развились отёки беременных: в I группе – у 66,7%, во II – 60%, в III – 50%. Во всех группах была диагностирована гестационная артериальная гипертензия: 66,7; 37,5 и 50% соответственно. В I и II группах имело место дородовое излитие околоплодных вод – 30 и 40%. Существенным отличием II группы от двух других было наличие плацентарной недостаточности у 40% пациенток ($p < 0,02$ к двум другим группам). При расчёте показателей относительного риска возникновения акушерской патологии у женщин с эндометриозом было получено, что применение терапии агонистами рилизинг-фактора в существенно увеличивает риск развития угрозы прерывания беременности в первом триместре беременности – OR – 9,6 (1,08–85,15) и может способствовать развитию плацентарной недостаточности – OR – 6,4 (0,7–59,6). У всех пациенток беременность завершилась операцией кесарева сечения. Показаниями к операции послужили оперативные вмешательства на матке в анамнезе, гестационная артериальная гипертензия, аномалии родовой деятельности, соматическая патология (повышенный риск развития тромбозмболических осложнений).

Таким образом, беременность, возникшая на фоне наружного эндометриоза, может осложняться ранним гестозом, угрозой прерывания, анемией, гестационной артериальной гипертензией, плацентарной недостаточностью, дородовым излитием околоплодных вод, отёками. Более благоприятно протекает беременность после предшествующей гестагеновой терапией или изолированного хирургического лечения. Наиболее неблагоприятным вариантом гормонального лечения перед планированием беременности является терапия агонистами рилизинг-фактора, которые могут способствовать развитию угрозы прерывания беременности в ранние сроки и плацен-

тарной недостаточности во второй половине беременности. Объяснить это можно неблагоприятным воздействием агонистической терапии на состояние эндометрия, который подвергается выраженной атрофии на фоне применения данных препаратов. Если беременность наступает сразу же после отмены агонистов в спонтанном цикле или при ВРТ, то эндометрий не успевает восстановиться, бластоциста попадает в неадекватные условия и происходит неполноценная инвазия ворсин хориона с формированием первичной недостаточности и, как следствие, развивается угроза прерывания и в последующем плацентарная недостаточность.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Гринштейн В.Б.¹, Романенко И.А.¹, Валатина О.В.²,

Романенко А.В.³, Чиждова А.С.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

³ ОБУЗ ОГВВ, г. Иваново

У больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) к известным факторам сосудистого риска ишемической болезни сердца (ИБС) присоединяются дополнительные: глюкозотоксичность, нарастание содержания гликированных соединений, продуктов перекисного окисления липидов, несостоятельность системы антиоксидантной защиты, которые способствуют возникновению у них нейропатий. Согласно литературным данным, нейропатии по срокам развития могут опережать макрососудистые осложнения СД 2. Вопрос о вкладе нейропатий в клиническое течение ИБС у больных СД 2 на сегодняшний день остается открытым.

Цель: оценка состояния вегетативной иннервации у больных СД 2, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Обследовано 68 больных СД, перенесших ИМ, из которых 46 женщин и 22 мужчины. Средний возраст больных составил $51,5 \pm 9, 3$ года. У всех пациентов анализировали данные историй болезни и амбулаторных карт, им проведено анкетирование, они обследованы неврологом, определившем наличие и характер нейропатий, реакции зрачков на свет; была выполнена проба Вальсальвы и ЭКГ исследование, измерялось артериальное давление в ортостатической пробе, в необходимых случаях была проведена электронейромиография. Исследование вегетативных функций осуществлялось и посредством кардиоваскулярных тестов (КВТ): оценивались симпатические, парасимпатические и смешанные нарушения по балльной системе (максимальное число баллов было равно 10) и при сумме баллов ≥ 5 диагностировали наличие диабетической висцеральной кардионейропатии (ДВКН). До-

полнительные исследования включали определение уровня гликозилированного гемоглобина (Hb A1c), скорости клубочковой фильтрации, состояние глазного дна.

У 46 больных СД, перенесших ИМ, выявлены выраженные нарушения вегетативной иннервации, причем у 11 из них имел место повторный ИМ. У 37 пациентов была диагностирована ДВКН, которая проявлялась тахикардией, ортостатической артериальной гипотонией, отсутствием вариабельности сердечного ритма при дыхании, а показатель КВТ находился в пределах 6–8 баллов. При анкетировании выяснено, что у 35 пациентов имел место атипичный (безболевого) вариант начала ИМ, который существенно затруднял у них своевременную диагностику сосудистой катастрофы. Это, вероятно, способствовало развитию у них тяжелых осложнений ИМ: кардиогенного шока, нарушений ритма сердца; у 6 больных СД 2 в связи с «кардиореспираторной остановкой» проводились реанимационные мероприятия. У 11 больных СД 2 через 2–5 месяцев развился повторный ИМ. Средний показатель Hb A1c во время госпитализации при ИМ у обследованных больных составил $8,8 \pm 0,9\%$, что свидетельствует о декомпенсации у них углеводного обмена. Диабетическая ретинопатия 2–3 стадий выявлена у 24 пациентов, диабетическая нефропатия 2–4 стадий – у 17 больных. Результаты нашего исследования подтверждают мнение ряда ученых, что нарушение висцеральной иннервации у больных СД 2 часто опережает сосудистые осложнения, а, возможно, и способствует их развитию.

Таким образом, своевременное и адекватное лечение вегетативной нейропатии наряду с компенсацией углеводного обмена может быть важной составной частью профилактики ИМ у больных СД 2 с ИБС.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО
СИНДРОМА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Громова М.А.¹, Мясоедова С.Е.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

²ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее тяжелых заболеваний опорно-двигательного аппарата, в значительной степени ухудшающих качество жизни и приводящих к инвалидизации больных в молодом, трудоспособном возрасте. Одним из характерных проявлений РА является хронический болевой синдром (ХБС). Безусловный прогресс в лечении данной патологии, тем не менее, не позволяет пока говорить о решении про-

блемы управления болью. В настоящее время в лечении хронической боли при РА используются, главным образом, медикаментозные средства, что приводит к полипрагмазии и существенно удорожает лечение, в результате этого у большинства больных с РА не достигается адекватной коррекции боли. Кроме того, медикаментозное лечение боли сопряжено с высоким риском побочных реакций. Большинство немедикаментозных методов требуют специального оборудования, имеют высокую стоимость и недоступны широкому кругу пациентов.

Цель исследования: установить эффективность немедикаментозной терапевтической коррекции в комплексном лечении хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных РА.

Наблюдались 49 пациентов с достоверным РА (АКР, 1987) в возрасте 58 (44;64) лет, 87,7% женщин, без сердечно-сосудистых и других тяжелых сопутствующих заболеваний. Средняя продолжительность РА – 72 (36;111) мес. Серопозитивный вариант был у 71,4%, системные проявления – у 22,4%. Длительность утренней скованности в среднем составила 3 часа. У большинства наблюдалась 2–3 степень активности, II–III функциональный класс (ФК). У 73,4% больных выявлен эрозивный артрит. Больные получали метотрексат в сочетании с селективными нестероидными противовоспалительными препаратами, 34,7% больных получали глюкокортикоиды. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группе (n = 27) дополнительно к стандартной терапии проводились занятия, включающие специальный комплекс физических упражнений для коррекции хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных РА; во 2 группе – пациенты получали только стандартную медикаментозную терапию. Групповые занятия проводились 3 раза в неделю в течение 2 недель и включали обучение больных для самостоятельных занятий впоследствии в домашних условиях ежедневно 1–2 раза в день по 15 минут. Больные обследованы исходно и в динамике через 3 месяца. ХБС оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), опросникам Ван-Корфа (с оценкой класса и интенсивности хронической боли, уровнем социальной дезадаптации), Мак-Гилловскому болевому опроснику (с использованием визуальной ранговой шкалы (ВРШ)), DN4 (для оценки нейропатической боли). Выраженность тревоги и депрессии определялась по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), опроснику CES-D (Center of Epidemiological Studies of USA-Depression), шкале оценки депрессии Бека. Оценка состояния здоровья (ОСЗ) больным проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Качество жизни, связанное со здоровьем, устанавливалось с помощью опросника SF-36, функциональный индекс (FDI) определяли по опроснику HAQ. Для оценки эффективности лечения РА через 1 год наблюдения использовали критерии EULAR. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статисти-

ки, непараметрического, корреляционного анализа в программе STATISTICA 6.0.

Исходно пациенты 1 и 2 групп были сопоставимы по возрасту, активности РА, функциональному классу (НАQ), оценке влияния РА на общее состояние здоровья и получали сходную противовоспалительную терапию. Так же группы достоверно не различались по уровню тревоги и депрессии. Через 3 месяца наблюдения не отмечено достоверных изменений в эффективности лечения РА в обеих группах по критериям EULAR. Однако отмечены различия между группами по динамике ХБС. Через 3 месяца в группе 1 отмечалось уменьшение выраженности боли: снижение ВАШ ($p < 0,05$), ВРШ ($p < 0,05$), степени интенсивности боли по Ван-Корффу ($p < 0,05$), степени дезадаптации ($p < 0,05$), улучшился психический компонент здоровья по SF36 ($p < 0,05$). В группе 2 в динамике через 3 месяца не было достоверных изменений выраженности болевого синдрома, качества жизни по SF36. Нейропатическая боль выявлялась исходно у 29,2% пациентов 1 группы и у 25% во 2 группе. В динамике частота выявления нейропатической боли в 1 группе не изменилась (28%), а во 2 группе увеличилась в 1,4 раза (34%). Достоверная динамика индексов депрессии за 3 месяца в обеих группах отсутствовала. Однако, во 2 группе отмечена тенденция к увеличению CES-D и развитию легкой депрессии ($16,0 \pm 11,58$ и $18,96 \pm 10,56$ соотв.).

Как видим, наблюдение за больными РА в течение 3 месяцев показало эффективность специального комплекса физических упражнений, применяемого в домашних условиях, для коррекции ХБС у больных РА с умеренной и высокой степенью активности. Предложенный комплекс позволяет также стабилизировать психо-эмоциональное состояние пациентов и улучшить качество жизни за счет психического компонента.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ

Егорова П.Л.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Единого определения «депривационного синдрома», по мнению многих исследователей, не существует, так как проявления психической депривации могут охватывать всю шкалу психических отклонений, от легких особенностей психического реагирования до очень грубых нарушений развития интеллекта и характера. Для «депривационного синдрома» в целом характерны следующие симптомы: задержка и искажение интеллектуального развития (от временных, парциальных задержек до легкой умственной отсталости), обеднение познавательной сферы; эмоциональные расстройства в виде различных депривационных состояний, а также глубокие и

стойкие искажения формирования эмоций (обедненность эмоционального реагирования, неспособность к сопереживанию вплоть до эмоциональной уплощенности, т.д.); волевые нарушения, от снижения активности до выраженной пассивности ребенка, слабости и истощаемости побудительных мотивов; коммуникативные нарушения, от легких аутистических тенденций до так называемого пара аутизма (отличие его от истинного: функциональность и обратимость при стимуляции, сохранность зрительного контакта и эмоционально ответа даже при пролонгированной депривации); двигательные стереотипии и привычные действия (раскачивания, сосание пальца, языка, мастурбация и др.), которые рассматриваются в качестве аутостимулирующих воздействий, призванных заменить недостаточность стимулов любого рода; расстройства инстинктивной сферы и функциональные соматовегетативные проявления, среди которых наиболее частыми являются нарушения аппетита, сна (изменение его глубины, продолжительности, затруднения дыхания, возникновение двигательных стереотипий и пароксизмальных нарушений во сне). Также, ряд авторов выделяют умеренную, среднюю и тяжелую степени выраженности проявлений депривации: умеренная степень проявляется в виде неустойчивости эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер; средняя – в психических и соматических расстройствах и некотором снижении или иррегулярности интеллектуального развития; тяжелая характеризуется задержкой психического развития и умственной недостаточностью.

Проблема депривации детей, попадающих в психиатрический стационар, проблема дезадаптивного поведения, является весьма актуальной, и эта актуальность имеет четко выраженную тенденцию к росту. Большое число детей имеет сенсорное недоразвитие, задержку в развитии и интеллектуальную недостаточность, что выражается в целом ряде специфических факторов, наиболее выраженных в особенностях эмоционально-личностной сферы. В силу ряда специфических факторов (индивидуальных и межличностных) дети составляют в целом группу риска по нарушенному поведению.

Целью нашего научного исследования является изучение клинико-психологических особенностей эмоционально-волевой сферы детей в возрасте от 6 до 14 лет, страдающих психическими расстройствами, в условиях стационарной депривации.

Перед нами стояли следующие задачи: 1. Исследовать клинико-психологические особенности эмоционально-волевой сферы детей, поступающих в психиатрический стационар; 2. Сравнить и установить различия клинико-психологических особенностей эмоционально-волевой сферы детей в зависимости от частоты госпитализаций в психиатрический стационар (в год); 3. Выявить и сравнить гендерные особенности детей с высокой частотой госпитализаций в психиатрический стационар.

Объектом исследования являются дети в возрасте от 6 до 14 лет, нахо-

дящихся в психиатрическом стационаре. Предметом исследования являются клиничко-психологические особенности эмоционально-волевой сферы детей в возрасте от 6 до 14 лет, находящихся в психиатрическом стационаре.

Методы исследования: 1. клиничко-психопатологический; 2. психометрический (проективный тест тревожности (тест Дорки, Амен), опросник агрессивности Басса-Дарки, тест «Лесенка», цветовой тест эмоциональных состояний (тест Люшера); 3. Статистические методы исследования.

Результаты данного исследования могут представлять интерес для психиатрической, клиничко-психологической, психотерапевтической практики, педагогической и социальной работ, могут быть использованы при создании программ по психопрофилактике и реабилитации детей и подростков, страдающих психическими расстройствами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОРРЕКЦИИ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЛАРИНГОТРАХЕИТАМИ

Калистратова Е.П.¹, Орлова С.Н.¹, Колосова М.А.¹, Калистратов Н.В.²

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «1-я ГКБ», г. Иваново

Актуальность проблемы: в структуре патологии, обозначающей как часто болеющие дети, особую группу составляют пациенты, страдающие рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами (РСЛТ). Исследования последних лет показали большую роль дисбиоза слизистых оболочек носо- и ротоглотки, толстого кишечника в генезе РСЛТ. Установлено, что нормальный состав микрофлоры слизистых оболочек носо- и ротоглотки в острый период болезни определяется только у 30% больных. Доказано влияние процессов нарушения эндозоологии на клиническое течение рецидивов СЛТ, их частоту и тяжесть. При прогрессировании процессов дисбиоза рецидивы СЛТ становятся более тяжёлыми, так как всегда присутствует выраженный «микробный фактор» в воспалительной реакции верхних дыхательных путей (ВДП). Известна значительная роль нормальной микрофлоры в поддержании нормального уровня иммунологических реакций, участие её в обмене микроэлементов, витаминов, переваривании пищи, угнетающем действии на патогенную флору, уничтожении биогенных аминов (в том числе гистамина). Таким образом, коррекция нарушений микрофлоры у детей, часто болеющих ОРВИ и страдающих РСЛТ, могла бы решить много проблем.

Цель исследования: изучить эффективность в лечебно-реабилитационных программах детей, страдающих РСЛТ комплексной терапии, включающей иммуностимулирующие препараты бактериального происхождения и бифидумбактерин.

Методы исследования: в периоде ремиссии проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 71 ребёнка, страдающего РСЛТ. Исследования выполнены на базе детского отделения ОБУЗ «1 ГКБ» г. Иваново. Пациенты получали различные программы реабилитационной терапии. Первая программа (19 детей) – базисная – она включала соблюдение детьми гипоаллергенной диеты, орошение слизистых оболочек ВДП щелочными минеральными водами, массаж, дыхательная гимнастика, физиопроцедуры – соляные ингаляции. Вторая программа (22 человека) включала, кроме методик базисного лечения, применение иммуностимулирующего препарата бактериального происхождения в соответствии с инструкцией по применению. Третья программа (12 детей), у пациентов кроме базисной терапии и иммуностимулирующего препарата бактериального происхождения, применялся бифидумбактерин. Контрольную группу (11 человек) составили дети, не получавшие лечения в периоде ремиссии. В программы реабилитационной терапии включались дети в возрасте от 4 до 11 лет. Особенности медико-биологического анамнеза, данные нервно-психического и физического развития были идентичны во всех группах. Курс базисной терапии составил 30 дней, для второй и третьей программ – 3 месяца.

Использовались клиничко-лабораторные методы, позволяющие оценить состояние микрофлоры ВДП общепринятыми методами бактериологического исследования, количественным методом по Р. В. Эпштейн-Литвак и Ф. Л. Вильшанской (1977) изучалась микрофлора кишечника.

Полученные результаты: в группе детей, получавших 1 программу, на 16% отмечено увеличение числа пациентов, имеющих нормальную флору ВДП. Выделение *S. aureus* у этих детей уменьшалось незначительно – на 6% в носоглотке и на 10% в ротоглотке. В 3 раза уменьшилось выделение пневмококка со слизистых оболочек ротоглотки. При изучении микрофлоры кишечника наблюдалось увеличение на 50% числа детей, имеющих нормальное количество кишечной палочки, снижение на 19% выделения гемолизирующей кишечной палочки. На 12% реже дети стали выделять *S. aureus*, на 11% – грибы рода *Candida*, на 19% – клебсиеллу.

У детей, получавших 2-ю программу, отмечается значительное снижение дисбиотических проявлений. Количество детей, имеющих после лечения нормальную флору ВДП, повышается в 2 раза. *S. aureus* в носоглотке выявляется в 3 раза реже, в ротоглотке – на 24% меньше, чем до проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Количество детей, имеющих нормальный уровень кишечной палочки, увеличилось на 18%. *S. aureus* стал выделяться на 18% меньше. Протей, грибы рода *Candida* после лечения не

определялись вообще, а выявление клебсиеллы уменьшилось в 4 раза.

При проведении 3 программы реабилитационной терапии достигнуты наилучшие результаты по коррекции дисбиотических изменений. Количество детей, имеющих нормальную флору ВДП, увеличилось в 3 раза и достигло 67%. Хотя *S. aureus* после лечения стал выявляться на 17% реже, добиться элиминации его не удалось. В кишечнике при этой программе количество детей, имеющих нормальный уровень кишечной палочки, увеличилось на 60%. 90% детей имеют нормальный уровень бифидобактерий.

В группе контроля отмечался высокий уровень дисбиотических нарушений основных локусов, значительно превышающий их при любой программе лечебно-реабилитационных мероприятий. Сроки ремиссии у детей группы контроля не превышают 3–6 мес., у детей, получивших третью программу терапии – самые длительные (18 мес. и более).

Выводы: проведенные исследования позволили установить роль дисбиоза слизистых оболочек ВДП и толстого кишечника в развитии рецидивирующего течения СЛТ и обосновать включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий препаратов, восстанавливающих микрофлору ВДП и кишечника.

У часто болеющих детей с эпизодами РСЛТ необходимо проведение исследования состава микрофлоры слизистых оболочек носо- и ротоглотки, толстого кишечника для раннего выявления и своевременной коррекции дисбиотических нарушений. Эффективность представленных лечебно-реабилитационных мероприятий подтверждается длительными сроками ремиссии у пациентов из группы ЧБД с РСЛТ.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ И ПОЛИНУКЛЕАРОВ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

**Каменев В.Ф., Червякова Ю.Б., Громова М.А.,
Копелев А.А., Мышляева Т.О.**

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

На сегодняшний день пневмония занимает ведущее место в клинике внутренних болезней как по заболеваемости, так и по смертности. Несмотря на разработку и внедрение в клиническую практику новых антибиотиков, число заболевших и умерших не снижается, а характер болезни приобретает всё более агрессивное течение. Это связано прежде всего со снижением защитных механизмов организма человека вследствие ухудшения экологической обстановки окружающей среды, наличия сопутствующих заболеваний и изменения вирулентности микроорганизмов. При пневмонии возбудитель

проникает в организм, как правило, через дыхательные пути, где основным механизмом защиты выступает мукоцилиарный клиренс, а также иммунокомпетентные клетки – альвеолярные макрофаги и полинуклеары.

Цель исследования – изучить особенности влияния иммуномодулирующей терапии на показатели функциональной активности альвеолярных макрофагов и полинуклеаров у больных с внебольничной пневмонией

Число обследованных составило 24 больных, страдающих внебольничной пневмонией нетяжелого течения. Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных и рентгенологических данных. Контрольную группу составили 7 здоровых лиц в соответствующем возрастном диапазоне. Для оценки функциональной активности фагоцитов в просвете бронхиального дерева у больных внебольничной пневмонией в бронхиальных смывах изучено количество альвеолярных макрофагов и нейтрофильных гранулоцитов, их фагоцитарное число (ФЧ) и фагоцитарный индекс (ФИ) по Е. Ф. Чернушенко и др. (1975). Иммуномодулирующая терапия проводилась с использованием тимических гормонов – тималин по 40 мг на протяжении 5 дней на фоне стандартной антибактериальной, противоспазматической и дезинтоксикационной терапии. У 12 больных лечение проводилось с применением иммуномодуляторов, а у 12 – без. Оценка активности бронхиальных фагоцитов осуществлялось дважды – до начала лечения и через 6 дней на фоне терапии. При статистической обработке результатов использовали критерий Манна – Уитни.

Если в группе здоровых лиц содержание альвеолярных макрофагов равняется $65,1 \pm 2,0\%$, то при внебольничной пневмонии до начала лечения их число уменьшается до $49,4 \pm 1,5\%$ ($p < 0,01$). Снижаются также показатели фагоцитарной активности этих клеток ФЧ и ФИ. В контрольной группе эти показатели равнялись соответственно $60,5 \pm 3,2,1\%$ и $4,3 \pm 0,2$. У больных пневмонией до начала лечения ФЧ альвеолярных макрофагов уменьшается до $36,5 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$), а ФИ – не отличается от нормальных величин составляя $4,9 \pm 0,3$ ($p > 0,5$). На фоне лечения больных без иммуномодулирующей терапии уровень альвеолярных макрофагов снижается до $38,7 \pm 1,4\%$ (p в сравнении с нормой $< 0,02$). Содержание нейтрофильных гранулоцитов в бронхиальных смывах у больных пневмонией до начала лечения увеличивается, по сравнению с нормой, до $39,7 \pm 2,1\%$, при норме $32,1 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$). Однако ФЧ и ФИ этих клеток достоверно не отличается от нормальных величин и равняется соответственно – $29,2 \pm 1,3\%$ и $2,7 \pm 0,2$. На 6 день лечения больных без иммуномодулирующей терапии у больных пневмонии количество нейтрофильных гранулоцитов в бронхоальвеолярных смывах достоверно не отличается от показателей до начала лечения – $43,6 \pm 2,7\%$, а ФЧ и ФИ этих клеток снижается до $26,5 \pm 1,1\%$ и $2,7 \pm 0,2$. У больных на фоне иммуномодулирующей терапии тималином на 6 день лечения уровень альвеолярных макрофагов в бронхиальных смывах

достоверно не отличается по сравнению с нормой, а по сравнению с группой больных пролеченных без иммуномодулирующей терапии возрастает, составляя $61,3 \pm 2,7\%$. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении ФЧ и ФИ этих клеток, данные показатели равняются соответственно $56,3 \pm 2,5\%$ и $4,7 \pm 0,3$. На фоне иммуномодулирующей терапии содержание нейтрофильных гранулоцитов в бронхоальвеолярных смывах на 6 день лечения увеличивается, по сравнению с нормой, до $44,8 \pm 2,3\%$ ($p < 0,01$), Растёт также показатели ФЧ и ФИ нейтрофильных гранулоцитов, по сравнению с нормой, соответственно до $38,8 \pm 1,6\%$ и $4,1 \pm 0,2$.

Полученные результаты позволяют прийти к заключению, что включение в лечение больных внебольничной пневмонией иммуномодулирующей терапии тимическими гормонами существенно улучшают дренажные функции бронхиального дерева больных, тем самым повышая эффективность лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПОЖИЛЫХ

**Карманова И.В., Абрашкина Е.Д.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «ОГВВ», Иваново**

По оценкам экспертов, более 15 млн россиян страдают хронической болезнью почек (ХБП) на разных стадиях. Масштабы распространения и тяжелые социальные последствия ХБП, по оценкам ВОЗ и ООН, уже сегодня могут поставить ее в один ряд с заболеваниями – «тихими убийцами» после болезней сердца, легких, рака и сахарного диабета.

Цель работы: оценить влияния факторов риска ХБП на скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Для этого оценивали СКФ и определяли стадии ХБП, изучали факторы риска ХБП и степень их выраженности, определяли силу и направленность корреляционных взаимосвязей между изучаемыми показателями.

Всего обследовано 47 пациентов терапевтического отделения «Ивановского областного госпиталя для ветеранов войн» (17 мужчин и 30 женщин), средний возраст которых составил 66 ± 20 лет. Все пациенты страдали гипертонической болезнью 3 стадии в сочетании с различными формами ИБС. Все больные получали терапию в соответствии с общепринятыми стандартами. Сопутствующая патология у этих пациентов была представлена сахарным диабетом 2-го типа, хроническим бронхитом, хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка в стадии ремиссии, остеоартрозом. Всем проводилось общеклиническое обследование. Каждому пациенту рассчитывали ИМТ, оценивали показатели биохимического анализа крови

(уровень гликемии, общего холестерина, креатинина, мочевой кислоты), скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ модификации 2011г, оценивали парные линейные корреляционные взаимосвязи между изучаемыми показателями. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2013 г, ChraftGO.

У 98% пациентов были выявлены структурно-функциональные изменения почек, соответствующие критериям ХБП. Определены следующие факторы риска ХБП: возраст более 65 лет у 100%, артериальная гипертензия у 100%, дислипидемия у 30%, пациенты с ожирением составили 30%, сахарным диабетом страдали 23%, избыточное потребление НПВП и анальгетиков встречалось в 50% случаев. Обструктивные изменения мочевыделительной системы, аплазия и гипоплазия почки, нефрэктомия и резекция почки в анамнезе, гиперурикемия встречались в 15% случаев. У 83% встречалось сочетание трех и более факторов риска ХБП. Выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь средней силы между возрастом и СКФ. У пожилых она была слабой ($K = -0,28$), а в старческом возрасте индекс корреляции достигал $-0,45$. Между СКФ и САД корреляционная взаимосвязь была слабой силы ($K = -0,35$), что можно объяснить медикаментозной коррекцией артериальной гипертензии. Общий холестерин у пациентов со 2 стадией ХБП был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при 3 стадии, в этой группе индекс корреляции достигал средней силы ($K = -0,45$), он мог бы быть выше в отсутствие гиполлипидемической терапии. В группе больных сахарным диабетом между уровнем гликемии и СКФ взаимосвязь приобретала выраженную отрицательную направленность, уже на 2 стадии ХБП корреляционная взаимосвязь между уровнем гликемии и СКФ достигала высокой степени ($K = -0,76$). Чем старше пациенты и выше уровень гликемии, тем ниже СКФ. Антигипертензивная и гиполлипидемическая терапия замедляют прогрессирования ХБП.

Итак, среди пациентов пожилого возраста отмечается высокая распространенность потенциально модифицируемых факторов риска прогрессирования ХБП. При анализе со многими из них выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь СКФ, что подтверждает взаимообусловленность изученных показателей, коррекция которых может замедлить прогрессирование ХБП.

СОВРЕМЕННЫЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТАДИЕЙ АКНЕ

Колобова Д.Д.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Акне является наиболее распространённым заболеванием кожи, и его профилактика, лечение и реабилитация остаются актуальными проблемами современной дерматологии. 85% населения в препубертатном и пубертатном периоде сталкиваются с проблемой угревых высыпаний. У одних появление акне носит транзиторный характер, у других принимает торпидное и рецидивирующее течение. Пик заболеваемости приходится на 15–16 лет. В пубертатном периоде акне выявляется у 80% девушек и 90% юношей. У девушек угревые высыпания появляются раньше, часто за год до первой менструации, а у юношей несколько позже и носят более распространённый и тяжелый характер. После 25–28 лет у большинства людей происходит самоизлечение от акне. Однако в последнее десятилетие увеличивается число пациентов, у которых высыпания проявляются после 28–35 лет и даже позднее. Локализация высыпаний на коже лица практически у всех пациентов приводит к психоэмоциональным нарушениям, которые представлены дисморфофобией и дисморфоманией. Несмотря на то, что акне не относится к ургентным состояниям, наличие высыпаний часто является причиной тревоги и депрессии. Это, в свою очередь, приводит к различной степени выраженности социальной дезадаптации и значительному снижению качества жизни.

Современные подходы к лечению акне включают назначение наружной топической противоугревой терапии, которая является базисной при лечении легкой и средней степени тяжести акне. К таким средствам относят гели, представляющие собой комбинацию ретиноидов, антибиотиков и бензоилпероксида (клинзит С, изотрексин). При тяжелых формах акне топические аппараты сочетаются с системными. Терапия может включать антибиотики ретиноиды, гормональные средства. В системной терапии акне наиболее эффективным противоугревым средством считается синтетический ретиноид изотретиноин. Он нормализует фулликкулярный эпителий, подавляет экскрецию кожного сала и изменяет состав поверхностных липидов кожи. Выпускается препарат под названием роакутан, назначают в средней суточной дозе от 0,5 до 1,0 мг на кг массы тела.

Цель исследования: оценить эффективность применения современных косметологических методов лечения и реабилитации пациентов со средней и тяжелой стадией акне.

Проведен анализ 20 случаев лечения и реабилитации пациентов с акне. 12 больных имели среднюю тяжесть заболевания, у 8 была диагностирована

тяжелая стадия акне. Ранее все пациенты получали топическую противовоспалительную терапию, после использования которой регистрировались рецидивы заболевания. У пациентов, включенных в исследование, использовались две схемы лечения: 1-я схема назначалась больным со средней тяжестью заболевания и включала применение препарата клинзит С на ночь после умывания с применением очищающего средства, а утром с использованием увлажняющей эмульсии сетафил SPF30. 2-я схема применялась у пациентов с тяжелой стадией акне, им назначался роакутан в суточной дозе 30 мг сроком на 2 месяца, в последующие 10 месяцев – роакутан использовался в суточной дозе 10 мг.

Проведенное исследование применения двух схем терапии у пациентов со средней и тяжелой стадией акне показало их высокую терапевтическую эффективность, рецидивов заболевания не отмечено.

В качестве примера рассмотрим историю болезни пациентки К. 16 лет, которая страдает акне средней степени тяжести последние 2,5 года. Ранее применяемые препараты клерасил, левомицитиновый спирт, куреозин на дали выраженного эффекта. Больной был назначен клинзит С на ночь после умывания с применением очищающего средства, а утром с использованием увлажняющей эмульсии сетафил SPF30. Через два месяца свежие высыпания отсутствовали, на месте бывших высыпаний остались единичные рубчики и гиперпигментированные пятна. Лечение было рекомендовано продолжить до шести месяцев с обязательным посещением врача-дерматокосметолога один раз в две недели и назначением процедур для коррекции постакне (фракционный фототермолиз, пилинг Джеснера, IPL-терапия).

2-я схема терапии назначалась пациентам с тяжелой формой акне. Пациентка 28 лет более 10 лет страдает тяжелой формой акне. Проводилась комбинированная терапия топическими ретиноидами и косметическими программами, такими как мануальная чистка лица, пилинг, мезотерапия и коллагенстимулирующая терапия. Эффект после проведенных процедур был непродолжительным. Пациентке был назначен роакутан в суточной дозе 30 мг. Высыпания в течении двух месяцев полностью разрешились. На местах бывших высыпаний остались множественные рубцовые изменения кожи. Лечение было рекомендовано продолжить на срок до 10 месяцев с уменьшением суточной дозы до 10 мг. В дальнейшем пациентке была проведена комплексная косметологическая реабилитация, направленная на устранение рубцовых изменений (фракционный фототермолиз, мезотерапия, PRP-терапия и заполнение дефектов препаратом коллост). Данной терапией мы достигли полной удовлетворенности пациентки.

Таким образом, современные средства терапии акне оказывают направленное патогенетическое действие, их результативность зависит от длительности курса и правильности назначенной дозировки лекарственного

средства. Пациентам со средней стадией акне мы рекомендуем использовать препарат клинзит С на ночь после умывания с применением очищающего средства, а утром с использованием увлажняющей эмульсии сетафил SPF30. Пациентам с тяжелой формой акне целесообразно назначение в первые 2 месяца лечения препарата роакутан в суточной дозе 30 мг, с последующим снижением дозы препарата до 10 мг в сутки еще 10 месяцев. Таким образом, использование современных косметологических методик в лечении и реабилитации больных с акне является целесообразным и эффективным.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТА ТКАНЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

**Корнеев М.А.¹, Лапочкина Н.П.², Анисимов В.М.², Козлов В.А.¹,
Колчанов В.М.¹, Гусев А.В.¹, Любушкин Н.С.², Никифорова А.Б.²**

¹ ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

² ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

В России отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта, среди которых первое место занимает рак языка (60%) (Пачес А. И., 2001; Чисов В. И., Дарьялова С. Л., 2007). При злокачественных новообразованиях орофарингеальной зоны показано операция Крайла с удалением пораженных тканей и лимфатических узлов шеи. В послеоперационном периоде ввиду изменения объема полости у больных нарушается дыхание, речь, прием пищи, меняются вкусовые ощущения. Так же такие операции приводит к необходимости использования зондового питания и трахеостомы. Восстановление таких пациентов терапевтическими мероприятиями и с помощью логопедов удается частично и с низким функциональным эффектом, что резко снижает качество жизни пациентов.

В ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» при местно распространенном орофарингеальном раке после резекционного этапа выполняют пластику образовавшегося дефекта пекторальным лоскутом (Аугиан, 1979), техника которой до сих пор остается до конца не разработанной. Существует способ пластики послеоперационного дефекта орофарингеальной зоны использования мышечно-фасциального пекторального лоскута с кожной площадкой (Неробеев А. И., 1997). В отличие от общепринятой методики М. И. Талаевым, А. А. Нагибиным (1994) предложен способ пластики дефекта глотки в виде создания внутренней выстилки с помощью глубокого листка фасции большой грудной мышцы, снижая травматичность тканей, способствует улучшению функциональных результатов (патент № 2008805).

Целью исследования явилось оценить эффективность применения пластики пострезекционного дефекта мышечно-фасциальным пекторальным лоскутом без кожной площадки у больных с онкологическими заболеваниями орофарингеальной зоны.

С 2001 по 2014 гг. в специализированном хирургическом отделении опухолей головы и шеи ОБУЗ ИвООД выполнено хирургическое лечение 50 больных местно распространенным орофарингеальным раком II–IV стадии. Средний возраст обследованных составил $59,6 \pm 1,43$ года. Одни больные были оперированы после проведения предоперационной лучевой или химиолучевой терапии, другие при рецидивах опухоли после лучевой терапии. Суммарная очаговая доза составляла соответственно 22–46 и 50–75 Гр. Всем больным была выполнена операция Крайла в виде радикального удаления пораженных опухолью тканей и лимфатических узлов шеи с одномоментной пластикой пострезекционного дефекта пекторальным ротированным васкуляризуемым лоскутом на *a. et v. thoracoacromialis*, как наиболее надежный вариант в отношении кровоснабжения лоскута, и не попадающий в зону облучения. Из них 6 больным (12%) выполнена пластика пострезекционного дефекта мышечно-фасциальным пекторальным лоскутом с кожной площадкой (группа 1) и 44 пациентам (88%) – без кожной площадки (группа 2). Среди обследованных и пролеченных больных преобладали рак языка (36%) и дна полости рта (34%), опухоль гортаноглотки (8%), щеки (8%), ротоглотки (6%), гортани (4%), кожи (2%) и альвеолярного отростка нижней челюсти (2%). По распространенности были представлены все отделы языка с излюбленной локализацией опухолевого роста: боковая поверхность языка (50%), корень языка (25%), переднезадняя треть (20,8%) и тотальное поражение (4,1%). По международной классификации TNM у всех больных заболевания соответствовали II–IV стадиям (T_2 – T_4 , N_1 – N_3) (Пачес А. И., 2013).

Среди обследованные преобладали мужчины (92%; $p > 0,05$) в возрасте 55–65 лет (1 гр. – 50%; 2 гр. – 46%; $p > 0,05$) и 66 лет и старше (33,33 и 32% соотв.; $p > 0,05$). У пациентов преобладал рак орофарингеальной зоны III стадии (II – 18,4%; III – 50%; IV стадии – 31,58%; $p < 0,05$). При бескожном способе операции в подавляющем большинстве случаев послеоперационный период протекал благоприятно без осложнений со стороны пересаженного лоскута (1 гр. – 16%; 2 гр. – 89%; $p < 0,05$). У 84% больных первой группы некротические изменения тканей лоскута приводили к частичному или полному некрозу и потере кожной площадки. Некротические изменения мышечно-фасциального лоскута в ранние сроки после операции частичные (67%; 9% соотв.; $p < 0,05$) или тотальные (17%; 3% соотв.; $p > 0,05$) чаще диагностировали у больных с кожно-мышечно-фасциальным лоскутом (84%; 11% соотв.; $p < 0,05$). В отдаленные сроки фасциальный покров лоскута эпителизировался и макроскопически не отличался от интактной сли-

зистой, отсутствовал рост волос в полости рта и связанного с этим дискомфортом для пациента, как в случае с использованием кожной площадки над *m. rectoralis major*.

Как видим, применение бескожного варианта пластики послеоперационных дефектов пекторальным лоскутом при оперативном лечении местно распространенного рака орофарингеальной области обеспечивает функциональную реабилитацию, физиологичность и психоэмоциональный комфорт, значительно улучшая качество жизни пациентов.

**ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ РЕСПИРАТОРНОЙ
И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ
ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ**
**Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Побединская Н.С.,
Решетова Т.Г., Глазова Т.Г.**
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

До настоящего времени значительный удельный вес среди бронхолегочной патологии составляют рецидивирующие поражения респираторной системы, этапная реабилитация которых окончательно не отработана, а методические подходы к ее проведению довольно противоречивы.

Цель – изучение хронобиологического мониторинга отдельных параметров газообменной и метаболической функции легких, определения их роли в механизмах формирования рецидивирующего бронхита с тем, чтобы научно обосновать новые технологии диагностики и реабилитации у данного контингента больных.

Под наблюдением находилось 75 детей с рецидивирующим бронхитом (РБ) в различные периоды заболевания и 10 взрослых. Диагностический комплекс нереспираторной функции легких включал: влаговыведительную функцию, биохимический (фосфолипиды, электролиты) и физикохимический (индекс Клементса) состав конденсата вдыхаемого воздуха (КВВ). Полученная информация была подвергнута математической обработке по программе усредненно-группового и индивидуального Косинор-анализа.

У детей в периоде обострения рецидивирующего бронхита (РБ) отмечены патологические отклонения хронохарактеристик циркадианного ритма максимальной объемной скорости (МОС выд), о чем свидетельствовали высокая суточная лабильность бронхов ($22,74 \pm 2,15\%$) и низкий стандартизированный мезор ($88,89 \pm 0,67\%$). Появилась зона риска бронхиальной обструкции и «скольжение» времени максимального снижения проходимости бронхов с преобладанием ночного и вечернего хронотипов. По сравнению с контрольной группой у детей с РБ в периоде обострения наблюдалось достоверное снижение влаговыведительной функции легких, соответственно

$0,068 \pm 0,011$ и $0,157 \pm 0,003$ мл/мин, которое сохранялось и в периоде ремиссии ($0,080 \pm 0,005$ мл/мин).

В периоде обострения РБ акрофаза фосфатидилхолина (ФХ), сфингомиелина (СМ), фосфатидилэтаноламина (ФЭА) и лизофосфатидилхолина (ЛФХ) приходилась на ночные часы. Отмечалось снижение мезора ФХ ($57,87 \pm 2,93\%$) и СМ ($8,73 \pm 0,42\%$) при одновременном увеличении ФЭА ($1,99 \pm 2,08\%$) и ЛФХ ($8,68 \pm 1,47\%$). В периоде ремиссии выявлены изменения положительного характера, что выразилось в нормализации суточной амплитуды, мезора в перемещении акрофазы ФЛ КВВ. Модель биоритма индекса Клементса КВВ также зависит от периода заболевания. В периоде обострения РВ отмечено смещение акрофазы, достоверное ($p < 0,05$) снижение мезора до $6,31 \pm 0,22$ и увеличение амплитуды до уровня $0,04 \pm 0,13$. По мере выздоровления максимальные значения индекса Клементса КВВ совпали с акрофазой у здоровых детей, нормализовались количественные показатели амплитуды и среднесуточного уровня. Отчетливую суточную динамику претерпевал также электролитный состав КВВ. Минимальная концентрация магния в периоде обострения отмечалась в 23,45, а кальция – в 11,30. Необходимо подчеркнуть, что у детей с наличием зоны риска бронхиальной обструкции по параметрам МОС отмечались более низкие параметры суточной амплитуды экскреции магния по сравнению с больными, у которых не выявлена зона риска. Напротив, хронотип показателей кальция имел обратную направленность в сравнении с магнием в этих группах больных.

Результаты проведенных хронобиологических исследований позволили с достоверной вероятностью установить наличие циркадианных ритмов параметров респираторной и метаболической функции легких у здоровых и больных РБ детей, что обосновывает необходимость реабилитационных программ при РБ у детей с учетом особенностей хронобиологических параметров.

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ЗАТЯЖНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Побединская Н.С., Рывкин А.И., Глазова Т.Г.,

Павлова О.Л., Селезнева Е.В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Педиатр на практике довольно часто сталкивается с проблемой длительного кашля у детей и подростков. Жалобы на кашель у детей являются одним из самых распространенных поводов для обращения родителей к врачу-педиатру. Появление кашля у ребенка свидетельствует о компенсаторном включении сложного защитного рефлекса, направленного на выведение из дыхательных путей инородных веществ и/или патологически измененного трахеобронхиального секрета. Обычно длительный кашель свя-

зывают с патологическими изменениями в респираторном тракте, однако, могут быть вне легочные причины – это заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, диффузные заболевания соединительной ткани, невротические состояния и др.

Следует помнить, что рецепторы кашлевых зон расположены не только в области гортани, бифуркации трахеи и местах отхождения долевого бронхов, но и большое количество их находится в слуховых каналах, барабанных перепонках, придаточных носовых пазухах, глотке, диафрагме, плевре, перикарде и желудке. Поэтому указание только на наличие кашля не имеет самостоятельного диагностического значения. Необходим подробный анализ основных характеристик кашля, таких как его частота, интенсивность, тембр, периодичность, болезненность, продуктивность, характер мокроты, время появления и его продолжительность, в каком положении усиливается или уменьшается, как изменяется поведение и самочувствие ребенка во время кашля, и что помогает. Учитывая многофакторность кашля, выявление причин должно идти параллельно с симптоматическим лечением, т.к. его результаты помогут выявить истинную природу кашля и установить диагноз заболевания. В ряде случаев для этого потребуются консультация узких специалистов: ЛОР-врача, аллерголога-иммунолога, фтизиатра, кардиолога, гастроэнтеролога и др.

На этапе выявления инфекционной причины кашля необходимо обследование на микоплазменную и хламидийную инфекции, коклюш, а также на наличие туберкулезной инфекции. В раннем возрасте трудно бывает отличить острый ринит от аллергического, но в случае длительного ринита или синусита необходимо предположить и/или исключить аллергическую природу воспаления. Консультация ЛОР-врача поможет исключить хроническую инфекцию или установить признаки аллергического ринита. При инфекционном характере воспаления купировать кашель помогут средства для санации носа, деконгестанты, антибактериальные капли в сочетании с муколитиками и противовоспалительные препараты.

Длительный кашель у ребенка при наличии аллергического анамнеза требует исключения бронхиальной астмы и назначения в ряде случаев пробной терапии на 2–3 недели. Положительный результат в ответ на терапию иГКС и возвращение симптомов кашля при их отмене поможет в постановке правильного диагноза. Нередко причиной кашля у детей является глистная инвазия. Аскариды и лямблии обитают в кишечнике, но после активного размножения их личинки попадают в кровь и вместе с током крови проникают в сердечно-легочную систему. Выделяемые ими токсины могут стать причиной аллергических и воспалительных реакций, не поддающихся проводимой терапии. Гельминты, паразитирующие в легких (токсокары), разрушают клетки легких. Поэтому, выявление в общем анализе крови повышенного содержания эозинофилов должно насторожить врача не только в

плане наличия аллергии, но и глистной инвазии. В этом случае потребуется комплексная антигельминтная терапия с привлечением специалиста-паразитолога. Причиной кашля, кроме воспалительного процесса в респираторном тракте, могут послужить заболевания желудочно-кишечного тракта, где причиной кашля может послужить гастроэзофагеальный рефлюкс. «Золотым стандартом» объективной диагностики ГЭР являются суточный мониторинг рН и манометрия пищевода. Также можно использовать пробную антирефлюксную терапию в течение 3–4 мес.

Среди не респираторных причин затяжного кашля также следует помнить о неврологическом (психосоматические реакции) его характере. Такой кашель чаще встречается у детей старше 5 лет, с преобладанием у девочек и подростков с высокой школьной активностью. Он редко возникает во сне, отсутствует во время отвлечения внимания, наоборот усиливается при осмотре врачом, он может иметь тикоподобный характер. Адекватно назначенное лечение приведет к купированию симптома.

Таким образом, причин, вызывающих кашель может быть много, кроме того, часто он может быть мультифакториальным состоянием, и выявить роль каждого компонента бывает затруднительно. Поэтому, учитывая постулат о том, что кашель – это неспецифический симптом, терапия его в каждом конкретном случае должна быть обоснованной, адекватной и тщательно подобранной для каждого пациента.

СПОСОБЫ САНАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ЗАТЕКОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Покровский Е.Ж., Оралов А.М., Пануев А.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Несмотря на отработку методов оперативного лечения различных форм желчнокаменной болезни до настоящего времени сохраняются те или иные осложнения хирургического вмешательства. Процент их достаточно стабилен. Осложнения после экстренных и плановых операций на желчном пузыре, выполненных по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) встречаются по данным разных авторов от 0,8 до 3,8 процентов случаев. Большую часть их составляют внутрибрюшные осложнения. В 3,5 раза чаще осложнения возникают после экстренных операций. В связи с этим удлиняется процесс реабилитации этой группы больных, снижается качество жизни. В последние годы решению этой проблемы уделяется много внимания, предлагаются различные способы санации желчных затек. Однако зачастую авторы отдают предпочтение своему методу. В связи с этим сравнение различных способов санации желчных затек достаточно актуально.

Цель – изучить непосредственные результаты основных способов санации желчных затеков после операций на внепеченочных желчных путях и желчном пузыре, выполненных по поводу желчнокаменной болезни.

Проведен анализ лечения 23 случаев желчных затеков. Возраст пациентов от 16 до 90 лет. Мужчин было 6 (26%), женщин – 17 (74%). Больным выполнялась эндоскопическая санация, релапаротомия и пункция (при отграниченном затеке) под контролем УЗИ. Эффективность проведенных мероприятий оценивалась клинически (нормализация температуры, исчезновение тахикардии и одышки, исчезновение болевого синдрома), лабораторно (снижение лейкоцитоза и лейкоцитарного индекса интоксикации Я. Я. Каль-Калифа) и по данным УЗИ (отсутствие жидкостного образования).

Осложнения после экстренных и плановых операций на желчном пузыре, выполненных по поводу ЖКБ встречаются, по данным разных авторов, от 0,8 до 3,8% случаев. Большую часть их составляют внутрибрюшные осложнения. Чаще осложнения возникают после экстренных операций (по нашим данным, в 3,5 раза). Из 1394 холецистэктомий и холецистэктомий + холедохолитотомий с наружным дренированием, произведенных в экстренном и плановом порядке открытым и эндоскопическим методом за период с 2006 по 2009 в клинике хирургических болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО ИвГМА, отмечено 49 осложнений (3,5%). Внутрибрюшных осложнений было 29 (60%), внебрюшных (пневмония, ТЭЛА, осложнения со стороны послеоперационной раны) – 20 (40%). Из группы внутрибрюшных осложнений необходимо отметить, что шесть было диагностировано интраоперационно.

Отграниченных и неотграниченных желчных затеков было 23 случая. Подпеченочные и надпеченочные отграниченные желчные затеки диагностированы у 5 пациентов (22%), неотграниченные местные – у 15 (65%), у 3 больных диагностирован распространенный желчный перитонит (13%). У всех пациентов осложнения диагностированы в первые трое суток по отклонению от обычного течения послеоперационного периода (устойчивый сброс желчи по контрольному дренажу, появление гипертермии, тахикардии, одышки, нарастание лейкоцитоза). Диагностику осложнений начинали с УЗИ, на котором оценивали локализацию и величину жидкостных образований, ширину холедоха и внепеченочных желчных протоков, состояние подлежащих органов. Затем, для оценки состояния внепеченочных желчных протоков, выполняли РПХГ. Исключение составили 5 случаев отграниченных затеков с нерасширенными по УЗИ внепеченочными желчными протоками, отсутствием желтухи и желчеистечения по контрольному дренажу.

Для устранения осложнений выполнены следующие манипуляции: пункции под контролем УЗИ (5 случаев). Неэффективных – 2. Эндоскопическая санация брюшной полости с устранением источника желчеистечения (16 случаев). Релапаротомия (4 случая).

Пункция жидкостного образования под контролем УЗИ является мало-травматичной манипуляцией, не требующей анестезиологического обеспечения. Но добиться эффекта от процедуры удается не всегда, это объясняется, как правило, сложностью локализации затека. В двух случаях не удалось адекватно эвакуировать подпеченочный отграниченный затек, что потребовало эндоскопической санации. Кроме того необходимо отметить, что нормализация показателей лабораторных и клинических в этом случае происходит медленнее.

При сохраненной структуре внепеченочных желчных путей и предполагаемом источнике желчеистечения, по данным РПХГ, возможно начало санации эндоскопически в независимости от того как была выполнена первая операция. Нами было выполнено 16 эндоскопических санаций с полной ликвидацией желчеистечения. Необходимо отметить, что в 13 случаях источником желчеистечения было ложе желчного пузыря и после удаления желчи и промывания брюшной полости ложе дополнительно обработано с помощью коагуляции, аппарата LigaShure. В одном случае у большого с желчным перитонитом источником желчеистечения явилась несостоятельность культи пузырного протока после ЛХЭ, что установлено при проведении РПХГ. Выполнена эндоскопическая санация и дополнительное клипирование культи пузырного протока. В двух случаях удалось обнаружить дополнительную структуру (расцененную как дополнительный пузырный проток), которую клипировали. Кроме того в двух случаях при видеолaparоскопии не удалось осмотреть место операции, хотя при РПХГ источником была культя пузырного протока, что потребовало релапаротомии. Желчеистечение по контрольному дренажу наблюдалось у троих пациентов, которое прекратилось в течении 2 суток. Нормализация лабораторных и клинических показателей наступала несколько быстрее, чем при пункции жидкостного образования под контролем УЗИ.

Релапаротомия выполнена у 4 пациентов. В двух случаях после неудачи при видеолaparоскопической ревизии. В двух случаях сразу выполнялась релапаротомия, так как по данным РПХГ было подозрение на повреждение внепеченочных желчных протоков. Выполнено наружное дренирование с последующей реконструктивной операцией. Летальных исходов не было.

Итак, желчные затеки составляют одну из самых больших групп внутрибрюшных осложнений после операций на желчном пузыре и внепеченочных желчных ходах. При устранении отграниченных желчных затеков малоинвазивные манипуляции (пункции под контролем УЗИ) должны рассматриваться как манипуляции выбора. В случае неотграниченного процесса одним из эффективных методов является эндовидеоскопическая санация, выполняемая после РПХГ. В случае сомнительных данных при видеолaparоскопии больному показана релапаротомия.

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ
ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ К ОПЕРАТИВНОМУ
ВМЕШАТЕЛЬСТВУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ГИПОКСИЧЕСКИ-ГИПЕРКАПНИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК**

Поляков В.А., Шельхманова М.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

НИИ восстановительной медицины и реабилитации СамГМУ

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) является следствием генетически обусловленных диспластических изменений хрящевой и соединительной ткани и наблюдается у 0,6–2,3% населения. В результате развития ВДГК формируются факторы, приводящие к нарушениям механики дыхания, вентиляционной функции легких, газообмена, сердечной деятельности (уплощение грудной клетки, изменение ее объема, уменьшение стерновентрального расстояния, нарушения нормального положения мышц груди и диафрагмы и др.) Все это приводит к постепенному прогрессированию у больных признаков легочно-сердечной недостаточности, что значительно увеличивает риск оперативного вмешательства.

Поэтому в период предоперационной подготовке больных с ВДГК важной задачей является увеличение функциональных резервов дыхания и ССС, адаптационных возможностей организма. Для этого дополнительно к занятиям лечебной физкультурой нами проводились специальные тренировки в условиях гипоксии и гиперкапнии с использованием аппарата «Гипоксикатор».

Аппарат позволяет моделировать дозированную гипоксию и гиперкапнию за счет дозированного увеличения дыхательного мертвого пространства, что создает повышенные требования к системам кислородного обеспечения (дыхание, сердечно-сосудистая система, кровь) и способствует увеличению функциональных резервов этих систем за короткий период времени. Для контроля за эффективностью проводимых тренировок проводились оксигеметрические, спирографические и реографические исследования, пневмотахометрия, вариационная пульсометрия, велоэргометрия с определением показателей аэробной физической работоспособности по тестам МПК и PWC170. Тренировки проводились в течение месяца ежедневно амбулаторно у 10 больных в возрасте 12–17 лет, имеющих выраженную деформацию 2–3 степени. Нагрузка в процессе тренировок постепенно возрастала как за счет увеличения дыхательного мертвого пространства, так и за счет увеличения продолжительности сеанса с 5–10 до 20–30 минут. Контрольную группу составили 10 больных с ВДГК, готовящихся к операции по обычной программе с использованием ЛФК. При повторном комплексном обследовании через месяц тренировок в основной группе больных отмечалось формирование более эффективного стереотипа дыхания с увели-

чением его глубины и уменьшением частоты, статистически достоверное увеличение функциональных резервов внешнего дыхания (ЖЕЛ на 12%, МВЛ на 18%, показателей пневмотахометрии на 21%). Вариационная пульсометрия при проведении контрольного исследования с дозированным увеличением гипоксически-гиперкапнической нагрузки показала повышение эффективности мобилизации защитных механизмов и повышение толерантности к гипоксии и гиперкапнии, улучшились показатели аэробной физической работоспособности (МПК и PWC170). Субъективно больные ощущали улучшение общего самочувствия, уменьшение одышки при физической нагрузке. В контрольной группе больных изменения функциональных показателей внешнего дыхания и аэробной физической работоспособности были статистически недостоверными.

Все больные, прошедшие предоперационную подготовку с применением тренировок в условиях гипоксии и гиперкапнии успешно перенесли операцию, а послеоперационный период протекал без существенных осложнений по сравнению с больными контрольной группы.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЭТИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

**Рупасова Т.И., Ткаченко Н.М., Уткина М.Н.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Диарея является частым клиническим проявлением многих заболеваний. Такие больные могут встретиться в практике врача любой специальности, хотя чаще всего госпитализируются в инфекционное отделение для уточнения этиологии и лечения. Однако больным с неинфекционной диареей после выписки из стационара обычно не проводится своевременное обследование для уточнения генеза нарушения стула и не разрабатываются программы реабилитации, что в дальнейшем может привести к осложнениям основного заболевания.

Цель: анализ этиологии диареи для коррекции диагностических и реабилитационных мероприятий.

Нами были проанализированы все случаи госпитализации больных в инфекционное отделение ОБУЗ 1 ГКБ за 6 месяцев текущего года. По результатам двукратного отрицательного бактериологического исследования были отобраны 162 (56%) истории болезни с диареей неуточненного генеза. Из них 67 мужчин и 95 женщин. Средний возраст пациентов составил 38 лет. Оценивались жалобы, данные анамнеза, результаты физикальных методов исследований, результаты копрограммы.

Подавляющее число больных (72%) поступили по «скорой помощи». В анамнезе у 22 человек была выявлена патология печени и желчевыводящих

путей, у 18 – патология желудочно-кишечного тракта, у 4 – заболевания поджелудочной железы, у 2 – онкопатология. На догоспитальном этапе 11 человек принимали антибактериальные средства, а остальные проводили симптоматическую терапию. В клинической картине у 82% больных был выявлен обильный жидкий стул с умеренным учащением актов дефекации, у 32% – абдоминальные боли без четкой локализации. В копрограмме были выявлены креаторея (22,8%), амилорея (8%), стеаторея (5%).

Выводы. 1. Проведенное исследование выявило преобладание неинфекционной диареи в структуре выписанных больных, что возможно обусловлено полиэтиологичностью этого синдрома и недостаточным объемом обследований на догоспитальном этапе при экстренной госпитализации. 2. Выявлена частая связь диареи с заболеваниями пищеварительной системы, обострение которых могло быть причиной расстройства стула. 3. С целью уточнения возможной причины диареи неуточненного генеза на постгоспитальном этапе необходимо комплексное обследование пищеварительной системы для коррекции лечебно-профилактических мероприятий.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И РЕСПИРАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

**Семенова О.В., Бурсиков А.В., Варенцова Л.Г.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Цирроз печени (ЦП) – заболевание, приводящее к патологии множества других органов, кроме печени. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) признана осложнением хронических диффузных заболеваний печени, включая ЦП. Патогенез ЛАГ при ЦП не до конца изучен, однако считается, что определяющим фактором риска для ее развития является портальная гипертензия. Сочетание ЛАГ и портальной гипертензии принято называть термином портопульмональная гипертензия. Однако, влияние ЛАГ на прогноз пациентов с ЦП, его клиническую симптоматику и развитие осложнений изучено недостаточно. Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) относится к наиболее информативным методам диагностики ЛАГ (АСС/АНА, 2009). Определены степени выраженности хронической легочной гипертензии основывается на наличии патологии функций кровообращения и вентиляции, что отражает степень нарушения проходимости артериального русла малого круга кровообращения.

Цель работы: оценить изменение артериального давления в легочной артерии у больных ЦП и ее соотношение с субъективными симптомами, нарушением функции вентиляции и степенью поражения печени.

Были обследованы 32 пациента в возрасте от 30 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ОБУЗ ГКБ №7 с ЦП различной этиологии, из них 17 (53,1%) женщин и 15 (46,9%) мужчин. Средний возраст составил $48,2 \pm 10,8$ года. Диагноз ЦП был выставлен на основании клинико-лабораторных показателей (признаки печеночной недостаточности), данных инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование, фиброэластометрия, магниторезонансная томография печени). Тяжесть течения заболевания оценивалась в соответствии с классификацией по Чайлд-Пью. Большая часть пациентов – 21 (65,6%) относилась к классу В, 6 (18,7%) – составили класс С, и 5 (15,7%) – класс А. Из исследования были исключены пациенты с другими заболеваниями печени, пациенты с легочной и сердечной патологией, с онкопатологией, сахарным диабетом 1 и 2 типа, с эндокринопатиями, с патологией почек с почечной недостаточностью. Контрольную группу составили 12 практически здоровых пациентов, сопоставимых по полу и возрасту.

Эхокардиография проводилась всем пациентам по стандартной методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате VIVID 3. В доплеровском режиме определялось среднее давление в легочной артерии, диаметр легочного ствола и скорость кровотока в легочной артерии. Нормальным средним давлением в легочной артерии считали, если оно не превышало 25 мм рт. ст. Повышение давления в легочной артерии от 25 мм рт. ст. до 45 мм рт. ст. считалось легочной гипертензией 1 степени, при увеличении давления в легочной артерии от 45—до 65 мм рт. ст. – выставлялась легочная гипертензия 2 степени, и при выявлении среднего давления в легочной артерии выше 65 мм рт. ст. – 3 степени. Для характеристики тяжести ЛАГ использовалась функциональная классификация ВОЗ – модифицированный вариант классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA), предложенной для пациентов с недостаточностью кровообращения, где выделяется 4 класса ЛАГ. Всем пациентам, участвующим в исследовании, проводилось исследование функции внешнего дыхания на аппарате FUKUDA DENSHI SPIROSIFT SP – 5000 и пульсоксиметрия. Для оценки степени выраженности одышки у обследуемых применялась 5-балльная шкала оценки MRC (Medical Research Council).

Анализ полученных результатов показал, что увеличение среднего давления в легочной артерии наблюдалось у 10 пациентов (31,2%) – у 1 больного с ЦП класса А, что составило 3,1%, у 3 (9,3%) с циррозом печени класса В, и чаще всего в 18,8% у пациентов ЦП класса С. ЛАГ у 7 (70%) была 1 степени, у 3 – 2 степени. При этом величина среднего давления в легочной артерии нарастала с утяжелением цирроза. Среди пациентов, имеющих ЛАГ по данным Эхо-КГ, 9 пациентам был выставлен 1 класс тяжести ЛАГ по классификации NYHA, у 1 пациента – 2 класс тяжести ЛАГ. Среднее давление в легочной артерии в покое не превышало 50 мм рт. ст.

Диаметр основного легочного ствола легочной артерии также увеличивался соответственно степени тяжести ЦП, однако статистически значимо не отличался от величины соответствующего показателя в группе контроля. Аналогичные результаты были получены по величине скорости кровотока в легочной артерии. Анализ результатов ФВД показал, что у 6 пациентов (60%), имеющих ЛАГ, имели место умеренные нарушения вентиляционной функции легких по рестриктивному типу (средняя ЖЕЛ — $63,7 \pm 4,9\%$). По результатам пульсоксиметрии у 4 пациентов с ЦП (40%) из 10, имеющих легочную гипертензию, насыщение крови кислородом было менее 95%, (средняя SaO_2 — $92 \pm 3\%$), в то время как у пациентов без признаков легочной гипертензии по данным эхоКГ – показатели насыщенности крови кислородом были в пределах нормы (средняя SaO_2 — $97 \pm 2\%$). Жалобы на одышку различной степени выраженности предъявляли большинство обследованных пациентов (21 пациент – 65,6%). Выраженность одышки увеличивалась с увеличением класса ЦП, а ее наибольшая выраженность (2–3 степени по шкале MRC) отмечалась у пациентов с наличием по Эхо-КГ признаков ЛАГ.

Следовательно, повышение давления в легочной артерии имеет место более чем у 30% пациентов с ЦП, оно наиболее выражено у пациентов с ЦП класса С и сопровождается снижением вентиляционной способности легких и субъективной симптоматикой, что необходимо учитывать в комплексе лечения и реабилитации этой категории пациентов.

**ВЫБОР БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ПРЕПАРАТОВ «ПЕРВОЙ ЛИНИИ»
ДЛЯ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА**

Сизова Л.В., Миронова Н.В.

**ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский
университет» Минздрава России**

ГБУЗ «Городская клиническая больница №5», г. Оренбург

Лечение ревматоидного артрита (РА) должно проводиться врачами-ревматологами (в виде исключения врачом общей практики, но при консультативной поддержке врача-ревматолога). Терапия базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) рекомендуется всем без исключения пациентам с РА. К БПВП «первой линии» отнесены метотрексат (МТ), лефлуномид и сульфасалазин, так как доказана их эффективность в отношении предотвращения деструктивных изменений суставов. Актуальным является соблюдение этих рекомендаций в клинической практике ревматолога поликлиники.

Цель исследования – оценить частоту назначения БПВП «первой линии» пациентам с ревматоидным артритом в амбулаторной практике ревматолога.

Методы исследования: анализ данных регистра больных ревматоидным артритом, находящихся под наблюдением врача-ревматолога поликлиники ГБУЗ «Городская клиническая больница №5» г. Оренбурга.

В регистр включены 80 больных с РА, среди которых 66 (82,5%) – женщин, 14 (17,5%) – мужчин. Средний возраст составляет $55 \pm 11,7$ лет. При этом 34 пациента (42,5%) имеют пожилой возраст (≥ 60 лет). Все больные проходили общепринятое в ревматологии обследование, по результатам которого был установлен диагноз РА. В исследуемой выборке преобладают пациенты с серопозитивным артритом, развернутой и поздней стадиями, II степенью активности заболевания, эрозивным артритом, II-III стадиями рентгенологических изменений в суставах, II-III функциональными классами нарушений жизнедеятельности.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программы STATISTICA 10 Enterprize Portable [2011, ENG]. Для всех количественных показателей была проверена статистическая гипотеза о нормальности распределения данных с помощью критерия Колмогорова-Смирнова о равенстве дисперсий или критерия W Шапиро-Уилка (для выборок менее 60 человек). Для описания показателей с нормальным распределением вычисляли среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD). Если условия нормальности распределения не выполнялись, определяли медиану (Me) выборки, интерквартильный размах между 25-м и 75-м перцентилями (Q25-Q75). Различия двух пропорций оценивали с помощью критерия χ^2 Пирсона и считали их статистически значимыми при значении $p < 0,05$. Результаты. Среди препаратов «первой линии» большинство пациентов (71 человек, 88,75%) получают МТ в таблетированной форме или в форме раствора для подкожного введения. Из них 40 больных (56,3%) принимают МТ перорально: 37 (92,5%) – в дозе 10 мг/нед, 3 (7,5%) – 15 мг/нед, и 31 пациент (43,7%) получают МТ подкожно: 21 (67,7%) – в дозе 10 мг/нед, 7 (22,6%) – 15 мг/нед, 3 (9,7%) – 20 мг/нед. Различия по частоте применения МТ в зависимости от формы препарата отсутствуют.

Медиана и интерквартильный размах дозы МТ как при пероральном приеме, так и при подкожном введении составляет 10 (10–15) мг/нед. Пациенты преимущественно получают МТ в дозе 10 мг/нед независимо от способа применения препарата ($p < 0,01$). Все пациенты дополнительно принимают фолиевую кислоту не менее 5 мг/нед через 24 ч после последнего приема МТ или его подкожного введения.

Лефлуномид в дозе 20 мг/сут принимают 5 (6,25%) пациентов. Сульфасалазин в дозе 1,5–2 г/сут получают 2 (2,5%) больных. Еще 2 (2,5%) пациентов регистра находятся исключительно на терапии метилпреднизоло-

ном, не получая БПВП, среди них одна женщина с грудным вскармливанием ребенка после родов, и один мужчина с особой формой РА – «болезнью Стилла развившейся у взрослых». Всего 26 (32,5%) больных принимают глюкокортикостероиды внутрь (метилпреднизолон в дозе 4–8 мг/сут).

Таким образом, 97,5% пациентов с РА по назначению врача-ревматолога в амбулаторных условиях получают БПВП. Ведущее место среди препаратов БПВП «первой линии» занимает МТ (88,75% случаев РА). Число пациентов, получающих МТ перорально и подкожно, не имеет статистически значимого различия, как и еженедельная доза препарата. Тем не менее врач-ревматолог использует индивидуализированный подход при назначении МТ, учитывает пожилой возраст (у 42,5% наблюдаемых пациентов), наличие патологии печени, гематологические изменения, прием нескольких лекарственных средств в связи с сопутствующими заболеваниями, что ограничивает возможность использования эскалации дозы выше 10 мг/нед. При отсутствии факторов риска нежелательных реакций, хорошей переносимости МТ в случаях высокой активности доза увеличивается до 15-20 мг/нед. В этих ситуациях предпочтение отдается парентеральной (подкожной) форме препарата. Лефлуномид и сульфасалазин становятся альтернативными препаратами для больных с плохой переносимостью, отсутствием эффекта МТ и противопоказаниями для его назначения.

ИСТИННАЯ ПУЗЫРЧАТКА И ВАЖНОСТЬ РАННЕЙ ЕЁ ДИАГНОСТИКИ

**Тумаркин М.Б., Сучкова Г.Д.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Истинная пузырчатка является аутоиммунным заболеванием, в патогенезе которого важнейшую роль играют антитела преимущественно класса IgG к цементирующей межклеточной субстанции эпидермиса. Частота пузырчатки по отношению к хроническим заболеваниям кожи в целом составляет около 0,1%. Однако значимость её очень высока в связи с серьезностью прогноза. До появления глюкокортикоидной терапии почти все заболевшие умирали в течение 1,5–2 лет. Преднизолон, хотя и не решает проблему пузырчатки, но при своевременно начатой терапии даёт возможность продлить жизнь больных и нередко сохраняет их трудоспособность на многие годы.

Цель исследования – подчеркнуть особую важность ранней диагностики пузырчатки, от которой зависит жизнь больного.

Проанализированы 19 историй болезни пациентов, жителей Ивановской области с истинной пузырчаткой, находившихся на лечении в ОБУЗ «Ивановский областной кожно-венерологический диспансер» и консульти-

рованные сотрудниками кафедры в разные годы. Всем больным проведено общеклиническое обследование, соответствующее стандартам оказания медицинской помощи больным с истинной пузырчаткой.

Под наблюдением находились 16 женщин и трое мужчин. Возраст пациентов колебался от 22 до 79 лет (средний возраст 55 лет). Из четырех клинических форм истинной пузырчатки значительно преобладала вульгарная – 15 больных, с диагнозом себорейная пузырчатка было трое больных и одна пациентка – с вегетирующей пузырчаткой. Больная с листовидной пузырчаткой не вошла в разработку, поскольку заболевание дебютировало и продолжалось довольно длительно с типичной клинической картиной герпетиформного дерматита Дюринга. Она получала сульфотерапию с явным клиническим эффектом. У 13 из 15 больных вульгарной пузырчаткой первичной локализации заболевания была исключительно ротовая полость и красная кайма губ. У одной больной – лицо и волосистая часть головы и у одной – верхние конечности. У больных себорейной пузырчаткой первые проявления были в области себорейных зон: грудь, спина, лицо, волосистая часть головы, у больной с вегетирующей пузырчаткой – в области крупных складок кожи. Правильный диагноз был поставлен с первого обращения только у четверых больных (26,6%) – у двух с вульгарной, одного с себорейной и у одной с вегетирующей пузырчаткой. У остальных пациентов пузырчатка была диагностирована в разные сроки с момента первого обращения: через 2 недели у двоих, через 1–3 месяца у семерых, спустя 6–7 месяцев у двоих, через 8–12 месяцев у всех остальных. Время пребывания в стационаре составило от 29 до 97 дней (в среднем 59,2 дня). Ошибочные диагнозы в случаях первичной манифестации в полости рта следующие: язвенный стоматит, кандидамикоз, эрозивная лейкоплакия, хейлит, многоформная экссудативная эритема. При первоначальной локализации на коже (трое больных себорейной пузырчаткой), первыми диагнозами были: распространенный дерматит, стрептодермия, пиодермия, системная красная волчанка.

Итак, дебют аутоиммунного заболевания истинной пузырчаткой может происходить в различные возрастные периоды – как у молодых, так и у лиц преклонного возраста. Преимущественными пациентами становятся женщины. У жителей Ивановской области из четырех клинических форм истинной пузырчатки преобладает вульгарная с первичной локализацией заболевания в ротовой полости и на красной кайме губ. Реже первые проявления были в области себорейных зон: грудь, спина, лицо, волосистая часть головы, у больных с вегетирующей пузырчаткой – в области крупных складок кожи. Врачам-клиницистам различных специальностей следует не забывать о таком редком, но очень серьезном дерматозе, как истинная пузырчатка и знать, что появление визуально определяемых пузырей это уже не дебют заболевания, это его грозное продолжение.

РЕАКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

Уткина М.Н.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Внебольничная пневмония – одно из самых распространенных и потенциально угрожающих жизни пациента заболеваний в клинике внутренних болезней. Поэтому очень важно вовремя поставить диагноз, оценить тяжесть патологического процесса, выявить возможные осложнения и прогнозировать исход болезни. Кровь реагирует на все изменения, происходящие в организме, в том числе и при пневмонии. Именно поэтому необходимо изучение изменений ее показателей.

Цель: выявление зависимости показателей клинического исследования крови у больных пневмонией от степени тяжести процесса, наличия сопутствующей патологии, пола и возраста пациента.

Были обследованы 30 больных пневмонией (17 мужчин и 13 женщин), находившихся на лечении в терапевтическом отделении ОБУЗ ГКБ № 7. Средний возраст больных составил 50 лет. Из них с внебольничной пневмонией было 29 человек, с внутрибольничной – 1, с очаговой – 19 и с сегментарной – 11. Проводилась оценка жалоб, данных анамнеза, результатов физических методов обследования, показателей клинического исследования крови и заключений по рентгенограммам легких.

Пациенты в стационар поступали в среднем на 7–10-й день болезни после амбулаторного лечения. У 66,6% больных имелась сопутствующая патология (гипертоническая болезнь – у 14 человек, ИБС – у 3, хронический бронхит – у 4, хроническая обструктивная болезнь легких – у 2, бронхиальная астма – у 1, сахарный диабет – у 1). Анализ факторов риска выявил, что 35,2% мужчин и 15,3% женщин курят и 11,7% мужчин и 7,6% женщин злоупотребляют алкоголем. При поступлении у мужчин в общем анализе крови наблюдался лейкоцитоз 10,1 Г/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, у женщин уровень лейкоцитов оказался в норме. СОЭ была повышена в обеих половых группах (23 и 24 мм/ч соответственно). При очаговой пневмонии повышения лейкоцитов не наблюдалось, но была ускорена СОЭ (22 и 21 мм/ч соответственно у мужчин и женщин). При сегментарной пневмонии наблюдался лейкоцитоз 11,6 Г/л и 10,0 Г/л у мужчин и женщин соответственно со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренной СОЭ (27 и 33 мм/ч). При наличии сопутствующей патологии дыхательной системы выявлен лейкоцитоз 10,0 Г/л и 9,2 Г/л у мужчин и женщин соответственно со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренной СОЭ (32 и 19 мм/ч у мужчин и женщин соответственно).

Выводы: 1. Выявлена прямая зависимость уровня лейкоцитов и СОЭ общего анализа крови от площади поражения легочной ткани, что связано

со степенью выраженности воспалительной реакции организма. 2. У мужчин изменения показателей крови оказались более выраженными, чем у женщин, что может быть связано с наличием у них привычных интоксикаций (курение и злоупотребление алкоголем). 3. Наличие сопутствующей патологии системы органов дыхания увеличивает выраженность изменений в крови.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Карпова Е.Б.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России**

Несмотря на многочисленные исследования атопического дерматита (АД), до настоящего времени остаётся нерешённым вопрос о роли дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в его формировании и особенностях течения. Поскольку кожа является одной из наиболее коллагенизированных тканей, то нетрудно предположить, что нарушения её соединительнотканых структур может в той или иной степени повлиять на течение кожных заболеваний.

Цель исследования: на основании установления клинических особенностей АД, протекающего на фоне ДСТ, предложить дополнения к диагностической программе и комплексу лечебно-реабилитационных мероприятий при данном заболевании.

Проведен анализ клинического течения и результатов лабораторного обследования 140 больных с АД в зависимости от наличия у них ДСТ разной степени выраженности. Диагностика АД и ДСТ основывалась на критериях приведённых в клинических рекомендациях. Также оценивали микровязкость мембран эритроцитов по соотношению уровня холестерина и фосфолипидов (ХС/ФС) в реакции газожидкостной хроматографии.

Почти у 70% больных АД протекал на фоне ДСТ (основная группа наблюдения), остальные 30% пациентов составили в группу сравнения. Анализ фенотипических проявлений ДСТ показал, что у детей с АД преобладал неклассифицированный фенотип (64%), элерсоподобный фенотип зарегистрировали у 25%, марфаноподобный – у 11%. Встречаемость последних двух фенотипов у больных оказалась выше, чем в общей популяции детей г. Иванова. Частота различной тяжести ДСТ зависела от формы АД. Так, у пациентов с младенческой формой в 60% случаев регистрировали лёгкую степень дисплазии, у половины больных с детской и подростковой формами – среднюю тяжесть и у 6% и 15% соответственно тяжёлую ДСТ, которая при младенческой форме выявлена лишь в 1% наблюдений. Ведущее место среди висцеральных проявлений ДСТ занимала патология сер-

дечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем (70%, 60%, 60% соответственно). Полиорганный характер поражений создаёт предпосылки для патоморфоза атопического дерматита.

Клиническими особенностями АД, протекающего на фоне ДСТ, являлся более ранний дебют кожных поражений, который у 95% приходился на первое полугодие жизни. В группе сравнения у половины (48%) детей заболевание манифестировало в более поздние сроки. При ассоциации АД с ДСТ в патологический процесс вовлекалось большее количество анатомических кожных зон, коррелирующее с тяжестью ДСТ ($r = 0,36$). Распространённость кожных поражений зависела от диспластического фенотипа: в частности при неклассифицированном фенотипе чаще регистрировали ограниченную, при элерсоподобном – распространённую, а при марфаноподобном – диффузную формы АД. В целом суммарная частота распространённой и диффузной форм при элерсоподобном (92%) и марфаноподобном (82%) фенотипах достоверно выше, чем при неклассифицированном фенотипе (62%). Течение АД на фоне ДСТ характеризовалось более частыми и продолжительными рецидивами с выраженным зудом кожи. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь ($r = 0,57$) между выраженностью кожного зуда и тяжестью ДСТ, что указывает на их патогенетическое единство.

Барьерная и трофическая функция кожи во многом зависят от такого значимого микроциркуляторного параметра, как реология эритроцитов. Соотношение показателя ХС/ФЛ у пациентов с ДСТ было достоверно выше ($2,1 \pm 0,26$, $p < 0,01$), чем в группе сравнения ($1,2 \pm 0,18$). В этой связи, можно полагать, что сочетание АД с ДСТ характеризуется более выраженными нарушениями микровязкости цитомембран, приводящим к микроциркуляторным расстройствам в коже, которые усугубляют барьерную и трофическую её функции и способствуют более длительному и тяжёлому течению заболевания.

Таким образом, наличие ДСТ оказывает усугубляющее влияние на течение АД, служит тем неблагоприятным преморбидным фоном, который определяет тяжесть и прогноз заболевания. Полученные результаты позволяют говорить о диспластикоассоциированном АД.

Учитывая патоморфоз атопического дерматита на фоне ДСТ (более тяжёлое течение), при диагностике заболевания необходимо выявлять признаки ДСТ с определением её тяжести и фенотипа. Стандартная схема диспансерного наблюдения больных по показаниям должна быть дополнена консультациями специалистов (гастроэнтеролога, уролога, стоматолога и др.).

При планировании лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с АД необходимо учитывать факторы, требующие индивидуального подхода, которые определяют успешность терапевтических воздействий: особенности диспластикоассоциированного АД, фенотипический портрет

ребёнка, тяжесть соединительнотканной дисплазии, ухудшающих течение заболевания. Программа лечебно-реабилитационных мер у детей с АД, ассоциированным с ДСТ, должна быть ориентирована на высокую частоту сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыводящей систем. Медикаментозная терапия должна носить комплексный характер, предусматривая, наряду с использованием элиминационных мероприятий, диеты и гипоаллергенного режима, назначение средств местной и системной фармакотерапии, препаратов улучшающих метаболизм соединительной ткани и направленных на коррекцию сопутствующей патологии органов и систем, обусловленной ДСТ.

Итак, выявленные особенности течения АД на фоне ДСТ позволяют выделить ДСТ-ассоциированный АД и предложить дополнения к программе диагностических и лечебно-реабилитационных мер для данной категории больных.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ИСПЫТАЛИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Шниткова Е.В.¹, Воронова М.Ю.², Терентьева Т.В.², Можасва А.Н.²,
Новикова А.А.²**

¹ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

² ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1», г. Иваново

Нарушение внутриутробного развития плода в условиях хронической плацентарной недостаточности у беременных на фоне артериальной гипертензии закономерно приводит к различным отклонениям в состоянии здоровья новорожденных (Богданова Р. Ф., Ширяева Г. П., 2015).

Целью нашей работы было изучение состояния здоровья доношенных новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ОБУЗ ДГКБ № 1 г. Иваново, рожденных от матерей, испытывавших гипертензивные расстройства во время беременности.

Первую группу составили 32 (16,0%) детей, матери которых страдали гипертонической болезнью (ГБ); вторую – дети от матерей с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) по гипертоническому типу (80 – 40,0%) и третью – 88 ребенка (44,0%) от матерей с нефропатией. Среди детей зарегистрировано 136 мальчиков и 64 девочки.

У всех детей было диагностировано гипоксическое поражение центральной нервной системы – гипертензивный синдром (100,0; 90,0 и 100,0%), и синдром двигательных нарушений. Поражение шейного отдела позвоночника отмечалось у детей 1-й и 3-й групп (12,5 и 4,5%). Диагностировали внутрижелудочковые кровоизлияния (50,0; 45,5 и 30,0%), кефалогее-

матомы (2-я группа – 15,0%, 3-я – 4,5%); конъюгационную желтуху (12,5; 32,5 и 50,0%), что подтверждается данными биохимического анализа крови и отмечается повышение трансаминаз (37,5; 26,0 и 22,7%), как проявление синдрома цитолиза (последствия перенесенной внутриутробной гипоксии

Задержка внутриутробного развития, преимущественно гипотрофический вариант диагностирована у 12,5% новорожденных 1-й, 20,0% второй и 27,3% новорожденных третьей группы; крупный плод регистрировался в 1-й (12,5%) и 3-й группах (4,5%). Клиническими проявлениями нарушения сердечно-сосудистой системы являются общие изменения (окраски, влажности, температуры кожи), лабильность пульса, снижение или повышение артериального давления, увеличение размеров сердца, изменения звучности тонов и наличие систолического шума. Открытое овальное окно функционирует у всех детей 1-й и 2-й групп и у 90,0% новорожденных 2-й группы. Дополнительная хорда встречалась у всех детей, матери которых страдают гипертонической болезнью, и беременность которых протекала на фоне нефропатии, и у 95,0% детей, у матерей которых выявлена НЦД по гипертоническому типу. Блокада правой ножки пучка Гиса определяется у половины детей 1-й группы, 60,0% новорожденных 2-й и всех детей 3-й группы; тахикардия: у 12,5% детей 1-й, четверти новорожденных 2-й и в 3-й лишь у одного ребенка; поворот сердца по часовой стрелке у 12,5% детей 1-й группы. Врожденные пороки сердца (дефект межжелудочковой перегородки) диагностированы у детей, матери которых страдают НЦД по гипертоническому типу. Метаболические нарушения в миокарде отмечены у 5,0% детей второй и 22,7% детей третьей группы.

Изучение традиционной гемограммы у новорожденных всех групп показало у новорожденных всех групп тенденцию к снижению гемоглобина. Анемия регистрировалась чаще у детей 3-й группы (45,4%), чем у детей первой и второй (37,5; 26,3%); эозинофилия чаще выявляется у детей, матери которых страдают гипертонической болезнью (37,5%) и значительно реже во 2-й (27%) и 3-й (18%) группах. Хорошо известно, что эозинофильные гранулоциты обладают меньшей способностью к фагоцитозу, их количество и активность возрастает при аллергических и аутоиммунных заболеваниях. Моноцитоз выявляется у 36,8% детей 2-й группы и 27% детей первой, 68% детей 3-й группы на фоне нейтропении (37,5%; 36,5%; 40,9%). Моноциты – негранулоцитарные лейкоциты, обладающие наибольшей способностью к фагоцитозу за счет высокого содержания лизосомальных ферментов и их высокой активности. Регистрируется увеличение лимфоцитов у 25% детей первой, 26,3% детей 2-й и 27,7% детей 3-й групп.

Лейкоцитарный индекс, отражающий взаимоотношение гуморального и клеточного звеньев иммунной системы снижен у детей всех групп, что свидетельствует о снижении роли гуморального иммунитета в этой возрастной группе. Лейкоцитарный индекс интоксикации у детей 3-й группы выше

в 1,5 раза, чем у детей 2-й и в 1,2 раза, чем у детей 1-й. Индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ) выше в 2,8 раза у детей 1-й группы по сравнению со 2-й и в 1,25 раза, чем у детей 3-й, что свидетельствует о нарушении иммунологической реактивности.

Таким образом, у всех детей, матери которых испытали во время беременности артериальную гипертензию, отмечаются признаки нарушения сердечно-сосудистой системы. Число патологических состояний регистрируется значительно чаще у новорожденных детей, родившихся от матерей, страдающих гипертонической болезнью. У данной группы детей необходимо рано проводить диагностику состояния сердечно-сосудистой системы и соответствующие реабилитационные мероприятия.

Изучение показателей периферической крови и анализа интегральных показателей свидетельствует о нарушении иммунологической реактивности. Доказано, что перенесенная перинатальная гипоксия частично блокирует реализацию генетической программы развития организма, способствует изменению темпового соотношения формирования отдельных органов и систем, приводит к аномалиям развития как анатомического, так и функционального характера, повышению эндогенной интоксикации у детей, родившихся от матерей этой группы.